



393979  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/10/20 | 4-Data de Autorização<br>09/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50198312 | 7-Data Validade da Senha<br>07/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                                         |  |                                |                                  |                                                               |                                                          |
|---------------------------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0037000027005804                |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>RM2 SUPORTE LIMITA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>705208440559872 |
| 13-Nome<br>LEONARDO BRITTO DE SOUZA CAMPO<br>17/03/1990 |  |                                | 14-Telefone<br>( ) -             | 15-Nome do titular do plano<br>LEONARDO BRITTO DE SOUZA CAMPO |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                      |                                                                       |                           |             |                                          |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA | 18-Número no CRO<br>43091 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>801 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>13292915732                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA    | 23-Número no CRO<br>43091 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA |                                                                       | 27-Número no CRO<br>43091 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S                          |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 81000065                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 10/12/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>10/10/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>10/10/20 <i>Dra. Fernanda I. B. Barbosa</i><br>Cirurgiã Dentista<br>CRO-RJ 43091 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/10/20 <i>Dra. Fernanda I. B. Barbosa</i><br>Cirurgiã Dentista<br>CRO-RJ 43091 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/10/20 <i>Leandro Britto de Souza Campo</i><br>Beneficiário | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>10/10/20<br>YAHME SAUDE INTEGRADA LTDA<br>CNPJ: 31.935.829/0001-00<br>(21) 97617-8275 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|