



421356
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011	4-Data de Autorização 11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206883	7-Data Validade da Senha 11/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000027476866	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JOSE INACIO DE FRE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700806489626184
13-Nome KAROLAYNE DA SILVA FREITAS		14-Telefone 29/01/2000	15-Nome do Titular do plano JOSE INACIO DE FREITAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA	18-Número no CRO 43091	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-26 (IF) 85200158-27
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292915732	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA	23-Número no CRO 43091	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA		27-Número no CRO 43091	28-UF 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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00		S	20/01/2011		
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	533,00	0,00		S	20/01/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/01/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1066,00	47-Valor Total R\$ 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(ram) 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 20/01/2011 Dra. Fernanda I.B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/2011 Dra. Fernanda I.B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/2011 YAHME SAUDE INTEGRADA LTDA CNPJ: 31.935.829/0001-00 (11) 970-7-3275	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/2011
--	--	--	---