



407784
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/20	4-Data da Autorização 29/10/20	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202464	7-Data Validade da Serção 27/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00379994065629601	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa MARIA LUCIA DE FRE	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700103959108218	
13-Nome MARIA LUCIA DE FREITAS	14-Telefone 21/04/1962
15-Nome do titular do plano MARIA LUCIA 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	
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

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/10/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/10/20	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 178,00	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/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 29/10/20 Dra. Fernanda I.B. Barbosa Cirurgia Dentista CRO-RJ 43091	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20 Dra. Fernanda I.B. Barbosa Cirurgia Dentista CRO-RJ 43091	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/20	YAHME SAUDE INTEGRADA LTDA CNPJ: 31.935.829/0001-00 (21) 97617-8275
---	---	--	---