



355183
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183256	7-Data Validade da Senha 09/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INFOBASE CONSULTOR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702409057705025
13-Nome DIEGO NOBRE CORREA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIEGO NOBRE CORREA		

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 Enviar - RX (IF) 85200158-46 (IF) 85200158-47
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	46		1	533,00	0,00		S	25/08/20		
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00		S	25/08/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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/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 25/08/20 Dra. Fernanda I. B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/08/20 Dra. Fernanda I. B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/20 Diego Nobre Correa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/08/20 YAHME SAUDE INTEGRADA LTDA CNPJ: 31.935.829/0001-00 (21) 97617-3275
--	--	---	--