



406603
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2012	4-Data de Autorização 27/11/2012	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202103	7-Data Validade da Serção 25/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa JOSE INACIO DE FRE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700101988013112	
13-Nome JOSE INACIO DE FREITAS		14-Telefone 27/08/1964		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	
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) 85200166-11		26-Nome do Profissional Executante FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA	
27-Número no CRO 43091		28-UF RJ		29-Código CBO S (IF) 85200166-21							

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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	11		1	258,00	0,00		S	20/07/27		
2-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21		1	258,00	0,00		S	20/07/27		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/07/27	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 516,00	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 20/07/27 Dra. Fernanda I. B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/27 Dra. Fernanda I. B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/27 - J	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/07/27 YAHME SAUDE INTEGRADA LTDA CNPJ: 31.935.829/0001-00 (21) 97617-8275
---	---	--	--