



413037
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204209	7-Data Validade da Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00379994065849610	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009894683201
13-Nome SARA PORTUGAL		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SARA PORTUGAL		

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) 85200158-37
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	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	533,00	0,00		S	17/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/11/20	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 533,00	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 17/11/20 <i>Dra. Fernanda I.B. Barbosa</i> Cirurgiã Dentista CRO RJ 43091	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20 <i>Dra. Fernanda I.B. Barbosa</i> Cirurgiã Dentista CRO RJ 43091	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20 <i>Sara Portugal</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/20 YAHME SAUDE INTEGRADA LTDA CNPJ: 31.935.829/0001-00 (21) 97617-8275
--	--	--	--