



387260
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/20	4-Data de Autorização 01/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50196191	7-Data Validade da Senha 30/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00379994064481473		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APEFRIO PLPART	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000805096307
13-Nome CARLOS HENRIQUE VIEIRA FONTES				14-Telefone 15/02/1980	15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE VIEIRA FONTES		

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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/10/20		AB
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/10/20		AB
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/10/20		AB
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/10/20		AB
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/10/20		AB
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/10/20	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 01/10/20 Dra. Fernanda I. B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 01/10/20 Dra. Fernanda I. B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/20 Carlos Henrique Vieira Fontes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/20	YAHME SAUDE INTEGRADA LTDA CNPJ: 31.935.829/0001-00 (21) 97617-8275
---	--	--	---	---