



421825
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207063	7-Data Validade da Senha 16/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00370000028673096	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa COOPATAXI C DE C E T DOS M A T	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702408554655327	
13-Nome CLEA LIMA ESTEPHANIO	14-Telefone 23/01/1941
15-Nome do titular do plano JOAO ESTEPHANIO	

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-Dentes/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	19/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/11/20	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 34,00	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 19/11/20 Dra. Fernanda I.B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20 Dra. Fernanda I.B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20 Clea Lima Estephano	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/20 YAHME SAUDE INTEGRADA LTDA CNPJ: 31.935.829/0001-00 (21) 97617-8275
---	---	---	---