

2-N^o

315243

INTERCÁMBIO

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 9 3 5 4 4 0 0 0 0 8 0 3 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SELBETTI GESTAO DE 11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/___ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ITALO DE ALENCAR SILVA BILAR	()	DANIEL PEDRO BILAR
28/03/2013		

16-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	MAYARA BECHARA LOBO	18-Número no CRO	98515	19-UF	SP	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa
---------------------	---	-------------------------------------	---------------------	------------------	-------	-------	----	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 6 0 8 5 8 0 6 8 9 2	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BECHARA LOBO	23-Número no CRO 98515	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BECHARA LOBO	27-Número no CRO 98515	28-UF SP	29-Código CBO S		

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
2019/11/02 11:18	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	149,00	0,00	0,00

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/6/11/12	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/6/11/12	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável	12/6/11/12	Alana Caldeira
53-Data, local e Carimbo da Empresa	12/6/11/12	Mayra B. Lobo Mayra Dentist 445

53-Data, local e Carimbo da Empresa

36 mg

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----