

466111
INTERCÂMBIO

8-Número de Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 8 3 4 5 0 1										9-Plano POS REDE PRESTADORA										10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA										11-Data Validade da Carteira 1 / 1 / 1										12-Número de Cartão N									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13-Nome	PRISCILA MARA FREITAS
14-Telefone	04/05/1978
15-Nome do titular do plano	PRISCILA MARA FREITAS

Dados do Contratado: Responsável pelo Tratamento.

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante			18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES			118776	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Execulente	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
139520700846	REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES	118776	SP	

Faturar Empresa

REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		27-Número na CRO 118776		28-JF SP	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
1-10	011812	010101812151								

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	100	
EXERCITIA SIMPLAS DE																																																																																																			
2 -																																																																																																			

[illegible]

5	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	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

3-Data Provisão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
10/15/02/11ZL	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ligadura Emergência ☐ 1-Tip 2-Parcial	☐ 1-Tip 2-Parcial	73001	0100

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 que prescrever o tratamento. 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 ciente e consentiente, o valor devido pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

1. Umsatzvergleich
 2. Umsatzvergleich

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

07/12/2019