



310907
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/16/10 5/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7545843	7-Data Validade da Senha 10/14/10 8/12 01
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020252935440000000803	10-Empresa SELBETTI GESTAO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ITALO DE ALENCAR SILVA BILAR	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIEL PEDRO BILAR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BECHARA LOBO	18-Número no CRO 98515	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131601815806192	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BECHARA LOBO	23-Número no CRO 98515	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BECHARA LOBO		27-Número no CRO 98515	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glisa	42-Assinatura
1-01081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34,00	0,00			11/05/2010		Alano
2-01084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR	1			72,00	0,00			11/05/2010		Alano
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/02/2010	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 106,00	47-Valor Total R\$	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), 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 Responsável 11/05/10	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/05/10
---	---	---	--

Maíra B. L. C.
Cirurgiã Dentista
CRCSP 36.313