

12249250
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 11/03/24	4-Data de Autorização 11/03/24	5-Sentença AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 1808978	7-Data Vencimento da Guia 11/05/24
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70850938837776		
8-Número da Carteira 00202556969800000101	9-Plano DENTAL ELITE	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data validade da Carteira / /	13-Nome do titular do plano JOSE ANTONIO DE ARAUJO ABREU	
13-Nome JOSE ANTONIO DE ARAUJO ABREU			14-Telefone (11) -	15-Data validade da Carteira / /	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRM	19-UF	20-Código CBO S	414 - ODO
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante ISIDORO FARAH JUNIOR	23-Número no CRM 24042	24-UF SP	25-Código CHES	70850938837776
26-Nome do Profissional Executante ISIDORO FARAH JUNIOR	27-Número no CRM 24042	28-UF SP	29-Código CBO S	IFE ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA LTD A ME	

30-Tipo de	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Data de Realização	40-Mostrar de Guia	41-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		14/03/24		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

SANTO AMARO
Dr(a). MARIA DANONIQUE H RAMOS
JOSE ANTONIO DE ARAUJO ABREU
Idade: 49a 8m
Data: 14/03/2024
82740951
82740951

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/03/24	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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(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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante 14/03/24	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 14/03/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/03/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/03/24
---------------	--	--	---	---

50 RADIOLOGIA
DIAGNOSTICA POR IMAGEM LTDA