

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



2460534  
**INTERCÂMBIO**

|                                                                                                              |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/10/19 12 5J | 4-Data de Autorização<br>11/10/19 12 5J | 5-Sintha<br>AUTORIZADO                                  | 6-Número da Guia Principal<br>14356515                                | 7-Data Validade da Sintha<br>11/11/11 12 5J          |
| 8-Número da Carteira<br>010202025123717400000010101                                                          |                                             |                                         | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                          | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 12 5J       |
| 12-Nome do Beneficiário<br>NILSON MORAIS TAVARES                                                             |                                             |                                         | 13-Nome<br>07/08/1967                                   | 14-Telefone<br>(11) 11111111                                          | 15-Nome do titular do plano<br>NILSON MORAIS TAVARES |
| 16-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento<br>NILSON MORAIS TAVARES                                   |                                             |                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RADIODOC         | 18-Número no CRO<br>42628                                             | 19-UF<br>SP                                          |
| 20-Código do Procedimento<br>0561724320000162                                                                |                                             |                                         | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0561724320000162 | 22-Nome do Contratado Executante<br>RADIODOC CENTRO DE DOCUMENTACAO E | 23-Número no CRO<br>42628                            |
| 24-Nome do Profissional Executante<br>ELIANE CRISTINA TAROSSO REA                                            |                                             |                                         | 25-Código do CBO S<br>09                                | 26-UF<br>SP                                                           | 27-Número no CRO<br>42628                            |
| 28-Data de Realização<br>11/10/19 12 5J                                                                      |                                             |                                         | 29-Franchise/Co-participação R\$<br>0,00                | 30-Valor<br>78,00                                                     | 31-Motivo da Oclusão 42-Assinatura<br>11/10/19 12 5J |
| 32-Descrição<br>RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                                                       |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 33-Quantidade US<br>1                                                                                        |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 34-Face<br>1                                                                                                 |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 35-Old<br>1                                                                                                  |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 36-Quantidade US<br>1                                                                                        |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 37-Valor<br>78,00                                                                                            |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 38-Franchise/Co-participação R\$<br>0,00                                                                     |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 39-Aut<br>11/10/19 12 5J                                                                                     |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 40-Data de Realização<br>11/10/19 12 5J                                                                      |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura<br>11/10/19 12 5J                                                         |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 43-Data Precisão Término do Tratamento<br>11/10/19 12 5J                                                     |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                                                                  |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 46-Total Quantidade US<br>78,00                                                                              |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 47-Valor Total R\$<br>78,00                                                                                  |                                             |                                         |                                                         |                                                                       |                                                      |
| 48-Total Franchise / Co-participação R\$<br>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 e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), não é/ão de caráter emergencial, sendo necessário o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

88-Observação  
Justificativa: 81000405: TRATAMENTO ORTODONTICO.

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
11/10/19 12 5J

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
11/10/19 12 5J

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
11/10/19 12 5J

92-Data, local e Assinatura da Empresa  
11/10/19 12 5J

93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente  
11/10/19 12 5J





**Dra. Anelise C. Oliveira**

ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA & TERAPIA INTEGRATIVA  
CRO: 69079

Nilson Moraes Tavares

Pedido:

Rx panorâmico

05/09/25

Tratamento odontológico

Dra. Anelise Cristina de Oliveira  
Cirurgiã - Dentista  
CRO SP 69.079

ENDODONTIA

IMPLANTODONTIA

COACHING SISTÊMICO

MASSOTERAPIA

CONSTELAÇÃO FAMILIAR



AV. DERMIVAL BERNARDES SIQUEIRA, Nº 3654 - SALA: 4

- SWISS PARK CEP: 13049-489 CAMPINAS-SP



FONE: (19) 3278-4400 (19) 99232-2828

@anelise.dentista.terapeuta