

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

2465305
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2019 12:51	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14371609	7-Data Validade da Sinthe 11/04/2021 11:11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707008892790937
10-Empresa ANANIAS CALDAS GRANGEIRO			11-Data Validade da Carteira 11/11/11	15-Nome do titular do plano ANANIAS CALDAS GRANGEIRO NETO	
13-Plano POS REDE PRESTADORA			14-Telefone (11) 911741118780	16-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento RUTE OSUNA GRANGEIRO	
17-Nome do Profissional Solicitante RADIODOC			18-Número no CRO 42628	19-UF SP	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101516721432010101021			22-Nome do Contratado Executante RADIODOC CENTRO DE DOCUMENTACAO E	23-Número no CRO 42628	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante ELIANE CRISTINA TAROSSO REA			26-Número no CRO 42628	27-UF SP	28-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa
1-101018101010405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	178100				26/09/2019	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto 1-Entrada de Tratamento 26/09/2019	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 178100	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), 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 contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Justificativa: 81000405: PARA FINS CIRURGICOS.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/09/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/09/2019	53-Data, local e Assinatura da Empresa 26/09/2019
---	---	---	--

RADIODOC Centro de Doc. e Trein. em Odontologia S/S Ltda
RTP J: 05.872.4326001-62
CRO 6948



Soraia Araújo

CROSP 173727
Cirurgiã Dentista

Rute Oliveira

Grangerino

Solicito Radiografia
panorâmica para fins
cirurgicos.

Dra. Soraia Araújo da Silva
Cirurgiã-Dentista
CRO 173727

15/9/25

Rua Barão de Jaguará 1481
(19) 32366222/ (19) 991141296
Centro - Campinas