



ODONTOLOGIA

Dra. Beatriz Pons Santelli

Clinica Geral

CRO/SP: 100.597

Soluto a radiografia panorâmica
da paciente milena Pontes dos
Santos para avaliação dos terceiros
molares.

Beatriz Pons Santelli

Dra Beatriz Pons Santelli
Cirurgiã Dentista
CRO 100597

Rua Major Carvalho filho, 1283 - centro - Araraquara - SP

Telefones: (16) 3472-5122 / 9-8835-8546

E-mail: beatrizponss@hotmail.com



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



417940
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/11	4-Data de Autuação 13/11/11	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8048685	7-Data Vencida da Série 11/01/12					
8-Número da Carteira 1012101215110151510161013121911012	9-Data do Procedimento	10-Prévio POS REDE PRESTADORA	11-Data Vencida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde						
13-Nome MELISSA PORFIRIO DOS SANTOS	14-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	15-Telefone (11) 1010101010101010	16-Endereço MELISSA PORFIRIO DOS SANTOS	17-Número do Plano						
18-Endereço a RN ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	19-Nome do Profissional Solicitante NIVALDO GONCALVES	20-Código na Odonora / CNPJ / CPF 101151913121815181618	21-Nome do Contratado Executante NIVALDO GONCALVES	22-Número no CRO 5411	23-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 8100405					
24-Nome do Profissional Executante NIVALDO GONCALVES	25-Número no CRO 5411	26-UF SP	27-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 8100405	28-UF SP	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 8100405					
30-Tabela 1-0101811010141015	31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Bolço 1	34-Fraco 17	35-Dto 8	36-Quadrante US 10	37-Valor 01010	38-Franchise/Co-participação R\$ 5113111211201111	39-Aut 40-Data de Realização 11/12/11	41-Moção da Glósa 42-Atividade
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odonora 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quântidade US 781010	47-Valor Total R\$ 0101010	48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0101010					

Declaro, que após ler 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-Observações

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/13/11 11/1201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/13/11 11/1201	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/13/11 11/1201
--	---	---	---