

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



491570
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 3/12/11	4-Data de Autorização 10/04/10 3/12/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8358054	7-Data Validade da Santa 10/12/10 16/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 10 0 2 10 2 5 3 6 1 7 3 9 0 0 0 0 1 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ALEXSANDER TERRA OLIVEIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Carteira 1/1/11	16-Data Validade da Santa 10/12/10 16/12/11
--------------------------------------	------------------------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 10449	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19 12 7 1 1 9 0 7 4 0 0 4	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405 (1) 81000375-RME (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPE
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S (1) 81000375-RPD
---	---------------------------	-------------	-------------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 4 0 5										
2-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
3-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
4-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
5-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
6-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
7-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
8-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
9-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
10-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
11-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
12-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
13-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
14-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
15-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/03/21	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 1 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

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 a 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

Análise inicial, pesquisa de cor e

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/21/21 Elisângela D.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/21/21 Elisângela D.	52-Data, local e Assinatura do Funcionário / Responsável 04/10/21/21 Elisângela D.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/11
--	--	---	---

Dentim

Dentim



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Fone: (54) 3261 3313 - 3013
Celular: (54) 98438 5466 - 9617 3066

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - Centro - Farroupilha/RS
facesodonto@gmail.com www.facesradiologia.com.br
f /faces.radiologia @ /faces.radiologia

Responsável Técnica:
Elisângela Dutra Dossin

Paciente: ALEXSANDRA TERRA OLIVEIRA Data: 04/03/21
Dr.(a): Dr. Luis Gustavo Feltrin CRO: _____ Fone: _____
E-mail: Cirurgião Dentista
CRO/RS 23260

☐ SOLICITO NOVO
BLOCO DE REQUISIÇÕES

(ou baixe diretamente em nosso site
www.facesradiologia.com.br)

Forma de Envio dos exames:

☐ CD

☒ Filme radiográfico

☐ Papel Fotográfico

☒ Transferência de arquivo via web/e-mail:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- ☐ Maxila completa
☐ Mandíbula completa (sem visualização dos ramos)*
☐ Hemi-arcada ☐ Sup. D ☐ Sup. E
☐ Inf. D ☐ Inf. E

☐ Localizada
Indique as regiões a serem realizadas

D	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

- ☐ ATM - oclusão e abertura máxima
☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos
☐ Pesquisa de fratura radicular no dente
☐ Avaliação dos canais radiculares no dente
☐ Colocação de implantes (se desejar medidas em região dentada, especificar)
☐ Avaliação da condição do implante
☐ Biomodelo
☐ Cirurgia Guiada
☐ Periodontia
☐ Avaliação Patológica
☐ Cirurgia Sorriso Gengival
☐ Outros _____

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

* Prezado colega, caso haja necessidade de visualização dos ramos mandibulares, por gentileza, mencione no pedido. Nesse caso, serão realizadas incidências complementares.

ODONTOLOGIA DIGITAL - Escaneamento intraoral (CS 3600 - Carestream)

- ☐ Imagens via web / arquivo STL ☐ Sem Impressão 3D do modelo ☐ Com Impressão 3D do modelo
Finalidade: _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCALIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☒ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região dos dentes: _____
☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: ANÁLISE INICIAL
☐ Telerradiografia ☐ Frontal ☐ Sem Análise
☐ Lateral ☐ Análise Especificar a Análise: _____
☐ C7
☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
☐ Análise cervical para cálculo da idade óssea
Outra Técnica: _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS DIGITAIS

- ☐ Exame Periapical completo
- ☐ Exame Periapical completo com Interproximais
- ☐ Radiografia Periapical

Permanentes
D 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 E
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 E

Decíduos
D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75 E

Interproximais: ☒ Molares Direito ☒ Molares Esquerdo
☒ Pré-Molares Direito ☒ Pré-Molares Esquerdo

Finalidade: PESQUISA DE CÁRIES

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- ☐ Documentação Ortodôntica Básica
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos Digitais.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem modelos
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar) e 6 Fotos.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem impressões
Exames radiográficos e modelos sem impressão, somente via web.
- ☐ Documentação Ortodôntica Completa
Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, Interproximais de molares e pré molares, 8 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação Personalizada Dr(a) _____

Informar os exames necessários para sua documentação:

Exame(s) a ser(em) incluído(s) na documentação:

- ☐ Análise Cervical
- ☐ Radiografia da mão e punho
- ☐ Fotos oclusais
- ☐ Periapicais dos incisivos
- ☐ Tele Frontal
- ☐ C7

Outro exame: Especificar _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Adenóides | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3° Ms | ☐ Rickets Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Análise Facial Perfil | ☐ Idade Óssea | ☐ Rickets Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni | ☐ USP |
| ☐ Delmanto | ☐ McNamara | ☐ Schwartz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Modelos | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☐ AO - BO |

Outra: _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h40
Tarde (segunda a quinta-feira): 13h30 às 18h30
Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h

Caro Paciente: Os valores informados por telefone serão confirmados na recepção.