

Nome Dallton Ceres Nascimento Martins		Número da GTO 515087
Número Beneficiário 002025319190000 00101	Data de Nascimento 3.4.1991	Telefone
Nome do CD executante Eleset Antoniazzi	Código CD executante Cemas	Data do Períograma 25.3.21

PERIOGRAMA

ARCO SUPERIOR	Faces	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Profundidade de sondagem/ Inserção Clínica	MV		25	21	11	11	11	11	11	21	21	21	21	21	21	21	2	
	V		41	41	21	21	21	4	11	21	21	3	7	4	2	11	2	
	DV		41	2	21	21	21	21	11	21	41	21	41	21	21	21	11	5
	P		11	4	12	2	11	12	21	21	21	21	21	21	41	21	2	2
Sangramento ou Supuração de origem periodontal	MV																	
	V																	
	DV																	
	P																	
Furca		5	5	5	5								5	5	5	5		

ARCO INFERIOR	Faces	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Profundidade de sondagem/ Inserção Clínica	MV		21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	V		11	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	DV		12	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	P		11	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Sangramento ou Supuração de origem periodontal	MV																
	V																
	DV																
	P																
Furca		5	5	5	5												

CEMAO
CRO/SP 5502

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Dentes ausentes devem ser anulados com traço.

Profundidade de sondagem = medida da margem gengival à porção mais apical sondável. Deve ser informado em milímetros dentro do 1º quadro referente ao nº do dente.

Áreas com profundidade ≤ 3mm não há necessidade de preencher o períograma.

Inserção Clínica = Ponto mais apical da bolsa à junção cimento-esmalte ou a porção mais apical de restaurações ou próteses.

Deve ser informado em milímetros no 2º quadro referente ao Nº do dente

* Furca: Preencher somente se houver envolvimento

Grau

- I - perda horizontal do tecido de suporte, não excedendo 1/3 da largura do dente.
- II - perda horizontal além de 1/3, porém sem circundar a largura total da furca.
- III - destruição horizontal, de "lado a lado" dos tecidos de suporte.

Sangramento ou supuração de origem periodontal:

Preencher ☒ Presença
Não Preencher ☐ Ausência



515087
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8451805	7-Data Validade da Senha 04/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025319190000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DALTON CESAR NASCIMENTO MARTINS		14-Telefone 03/04/1991	15-Nome do Titular do plano DALTON CESAR NASCIMENTO MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-013
26-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85300039-012 (I) 85300039-014

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	03/10/2012		
2-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	13/10/2012		
3-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	16/10/2012		
4-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	22/10/2012		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 176,00	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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2012
---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502

Paciente : DALTON CESAR NASCIMENTO MARTINS
Nasc : 03.04.1991 (29a 11m)
Data : 25.03.2021 Tel: (11) / 996788746
Dentista : Dr(a) CEMAO
O.S. : 50034020

www.isoradiologia.com.br

