

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º*



402822
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/10 4-Data de Autorização 12/10/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7987269 7-Data Validade da Sentia 12/10/11 402822 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101202151270580000048031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCELO BACH JUNIOR 14/1/2000 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano MARCELO BACH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191271191074004111 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 0181000405 Enviar - RX

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8100405										
		RADIOGRAFIA PANORÂMICA				1	7,80	0,00				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 78,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Data e assinatura na guia original n.º 291431 em anexo.

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/2012

4-Data de Autorização
12/11/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7428762

7-Data Validade da Senha
12/01/2015

INTERCAMBIO
291431

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira
0102021527058010004803

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TROMBINI EMBALAGENS SA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARCELO BACH JUNIOR

14/11/2000

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
MARCELO BACH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Averciamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FACES SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

18-Número no CRO
10449

19-UF
RS

20-Código CBO S
09

25 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
912719074004

22-Nome do Contratado Executante
ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO
10449

24-UF
RS

25-Código CNES
(1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante
ELISANGELA DUTRA DOSSIN

27-Número no CRO
10449

28-UF
RS

29-Código CBO S

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- Molino de Gesso	42- Assinatura
1- 0 0	1 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7 8,00	0,00			5/26/02	20	291431
2- 0 0												
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data Previsto Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
26/06/2012	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	17 8,00	10,00	

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), foi(ram) 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.

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Paciente: MARCELO BACH FILHO Data: 26/10/20
Dr. (a): Dr. Luis Gustavo Feltrin Fone: _____
Cirurgião Dentista
() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISITOS Exames entregues em: () CD
CRO/RS 29286 (x) Filme radiográfico
(x) 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. Região do dente: _____
☐ Informações clínicas: _____

☐ Com medidas
☐ Em oclusão
☐ Imagens em CD- arquivos Dicom
☐ E-mail: _____

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

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS DIGITAIS

Realização dos Testes Ence?

☒ 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
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Decíduos

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

Interproximais:

☒ Molares Direito

☒ Molares Esquerdo

☒ Pré-Molares Direito

☒ Pré-Molares Esquerdo

☐ Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos

☐ Região: pesquisa de cáries

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

☒ Panorâmica ☒ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de: _____

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: AVALIAÇÃO INICIAL

☐ Telerradiografia: ☐ Frontal ☐ Sem Análise
☐ Lateral ☐ Análise Especificar a Análise: _____
☐ C7

☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal

Outra Técnica: _____

1-Registro AAS 406414	3-Dia de Emissão da Guia [2 0 / 0 2 / 2 0]	4-Dia de Autorização [2 1 / 0 2 / 2 0]	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7426097	7-Dia Validade da Sentença [2 0 / 0 5 / 2 0]
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira [0 0 2 0 2 5 2 7 0 5 8 0 0 0 0 4 8 0 3]	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Dia Validade da Carteira [] [] / [] [] / [] []	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCELO BACH JUNIOR	14-Teléfono 14/1/12000		15-Name do Titular do plano KARDIAN CAROL		

[illegible]