



Identificado para uso exclusivo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



363076
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 8/12/10 4-Data de Autorização 12/4/10 8/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7816963 7-Data Validade da Sentença 12/2/11 1/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/12/10 2/5/2/7/0/5/8/0/0/0/0/0/5/0/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MARCIO LISANDRO MAICA DIAS 14-Teléfono 24/07/1977 15-Nome do titular do plano MARCIO LISANDRO MAICA DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19/2/7/1/9/0/7/4/0/0/4/ 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

27-Número no CRO 10449

28-UF RS

29-Código CBO S

18-Número no CRO 10449

19-UF RS

20-Código CBO S 09

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

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
1-0	0	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7,8,10,10	0,00			12/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
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\$							
12/10/20	2-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Franquia	17,8,10,10	0,00								

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/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

Condições de pagamento

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



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Telefones: (54) 3261-3313 / (54) 3035-3013

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º andar - Centro - Farroupilha
facesodontof@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: MÁRCIO L. M. DIAS Data: 24/07/17
Dr. (a): CARLOS EDUARDO CEOLIN Fone: 99954 5445

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

Exames entregues em: () CD

() Filme radiográfico

() E-mail: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- | | |
|--|--|
| ☐ Maxila completa | ☐ Com medidas |
| ☐ Mandíbula Completa (sem visualização dos ramos)* | ☐ Em oclusão |
| ☐ Hemi-arcada | ☐ Imagens em CD- arquivos Dicom |
| sup. D. () sup. E () inf. D () inf. E () | ☐ E-mail: _____ |
| ☐ 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: _____ | |

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

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS DIGITAIS

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Exame Periapical Completo | |
| ☐ Exame Periapical Completo com Interproximais | |
| ☐ Radiografia Periapical | |
| Permanentes | Decíduos |
| D 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | D 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 E |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | 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: _____ | |

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- | | | |
|--|--|--|
| ☒ Panorâmica | ☒ Topo | |
| ☐ Oclusão | | |
| ☐ Para Implante (com traçado computadorizado) | Região de: _____ | |
| ☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: <u>condições dos maxilares</u> | | |
| ☐ 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: _____ | | |