



322846
INTERCAMBIO

1-Data de Emissão da Guia 406414 3-Data de Autorização 11/01/06 4-Data de Autorização 12/01/06 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7626609 7-Data Validade da Senha 08/09/2010

8-Número da Carteira 00202527058000009402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOAQUIM TERRES DO AMARAL 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ALINE BECKER TERRES

16-Adesão a FN 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA 18-Número no CRO 10449 19-UF RS 20-Código CBO S 09 25-Envio Empresa Enviar - RX 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1927190714004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 81000405 26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			12/06/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/06/20 44-Tipo de Atendimento 12-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 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) 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: *Revisão geral, conduta dos maxilares.*

50-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante 12/06/2010 Flávia Regina D. Bortolotto 51-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista 12/06/2010 Flávia Regina D. Bortolotto 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/2010 Flávia Regina D. Bortolotto 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Data: ____/____/____
Hora: ____:____

Paciente: Joaquim L. de Amaral Data de Nasc.: _____

End.: _____ Fone: _____

Dr.(a): Kelen Grondio Fone: _____

Convênio: _____ Data: 12/06/20

() Favor enviar requisições

Entregar exames: () no consultório () em CD () E-mail _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

☐ Radiografia Periapical: D

18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41

21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38

 E

D

55	54	53	52	51
85	84	83	82	81

61	62	63	64	65
71	72	73	74	75

 E

☐ Levantamento Periapical Completo

☐ Levantamento Periapical Completo com Interproximais

☐ Interproximais: ☐ Molares () D () E

☐ Pré-molares () D () E

☐ Técnica de Localização (dentes inclusos, corpos estranhos) Região: _____

☐ Exame de Radiografia Oclusal: () Maxila () Parcial | Região _____

() Mandíbula () Parcial | Região _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

☒ Radiografia Panorâmica (X) Em Topo () Em Oclusão

() Com traçado para implante. Região: _____

Obs.: Condições dos maxilares, revisado.

☐ Telerradiografia () Lateral () Com Análise: _____

() frontal () Sem Análise

☐ Panorâmica da ATM (Boca Aberta e Fechada) ☐ Radiografia de Mão e Punho

Outras: _____