

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



406663
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 12 10	4-Data de Autorização 12/11/10 12 10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8002839	7-Data Validade da Santa 12/11/10 12 11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002012527058000004804	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
ELIZABETE ESPANHOL BACH

01/10/1979

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
MARCELO BACH

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 09	25-Código CNES (i) 81000405
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------------

21-Código na Operadora / CNU / CPF
191271190714004

22-Nome do Contratado Executante
ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO
10449

24-UF
RS

025 -
Faturar Empresa
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 / Procedimento 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	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78,00	0,00	0,00		S			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 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

Data e assinatura na guia original nº 287741 (em anexo)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



287741
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/3/02 4-Data de Autorização 11/4/02 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7406573 7-Data Validade da Senha 11/3/05

8-Número da Carteira 00202527058000004804 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELIZABETE ESPANHOL BACH 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano MARCELO BACH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 927119074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN
23-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN
24-Endereço 10449 25-Número no CRO 10449 26-Número no CRO 10449 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 09 30-Data de Realização 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

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 Guia	42-Assinatura
1-0	0	81000405										
2-1		RADIOGRAFIA PANORÂMICA				78,00	0,00			25/02/02		X
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/02/02 44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 2-1-Total 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) 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.

49-Observação
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/02/02 Dr. Elvina B. Dossin
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/02 Dr. Elvina B. Dossin
52-Data, local e Assinatura do Responsável 02/02/02 Marcelo Bach
53-Data, local e Carimbo da Empresa

Paciente: ELIZABETE ESPANHOL BACH Data: 14/02/20
Dr. (a): Dr. Luis Gustavo Feltrin Fone: _____
Cirurgião Dentista
CRO/RS 23260

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

Exames entregues em: () CD
(X) Filme radiográfico
(X) 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: AVULSÃO 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: _____