



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 4-Data de Autorização 11/05/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8299205 7-Data Validade da Senha 11/05/10 476944 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012102527111280000221021

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GUSTAVO DUTRA

14-Telefone (11) 11111111

15-Nome do titular do plano ROSIMERI JUCONELLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 09

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF 1912711907410041

22-Nome do Contratado Exocante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO 10449

24-UF RS

25-Código CNES (1) 81000405

26-Código CBO S

25-Nome do Profissional Exocante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

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	01811004015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	17,8	10,10	0,00		15/08/21		X Felipe
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/05/11 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 17,8 10,10 47-Valor Total R\$ 10,10 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 a 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

avaliação inicial.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2011 Felipe D. Dutra 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2011 Felipe D. Dutra 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2011 Felipe Dutra 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

Paciente: Gustavo Dutra Data: 26 / 10 / 20
Dr. (a): Rafaela Roth Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

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

* 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
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
Interproximais: ☐ Molares Direito ☐ Molares Esquerdo
☐ Pré-Molares Direito ☐ Pré-Molares Esquerdo
☐ Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos
☐ Região: _____

Decíduos

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

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☒ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de: _____
☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: Análise inicial
☐ Telerradiografia: ☐ Frontal ☐ Sem Análise
☐ Lateral ☐ Análise
☐ C7 Especificar a Análise: _____
☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
Outra Técnica: _____