

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª N°



402790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 4-Data de Autorização 12/13/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7987109 7-Data Validade da Sentença 12/10/11 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020215270580000118011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12/10/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome TIAGO ROBALDO DOS SANTOS 29/10/1983 14-Telefone 15-Nome do titular do plano TIAGO ROBALDO DOS SANTOS

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 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9127119074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 26-UF RS 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante 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 Exclusão	42-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00						
2-1												
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	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total	2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
									178,00			

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

Nota e assinatura para guia original n° 308623 (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 Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 4-Data de Autorização 12/7/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7528659 7-Data Validade da Senha 12/6/10 17/12/10

308623
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020202527058000011801 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12/1/11

13-Nome TIAGO ROBALDO DOS SANTOS 14-Telefone (11) 15-Nome do titular do plano TIAGO ROBALDO DOS SANTOS

16-Adoção do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante N 18-Número no CRO 10449 19-UF RS 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 92719074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 025 - Enviar - RX (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-DenomeRegião	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	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	0,00	0,00			27/04/20		Amorim
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 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação: Detecção de doença, lesões e condições dos maxilares

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/04/10 X Elisângela D. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/04/10 X Elisângela D. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/04/10 X Tiago R. 53-Data, local e Caimento da Empresa

Deriv

Deriv

Paciente: TIAGO ROBALLO DOS SANTOS Data: 27/04/20
Dr. (a): Dr. Luis Gustavo Feltrin Fone: _____
Cirurgião Dentista

() 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: Lesões, condutas dos
☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: maxilares
☒ 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: _____