



transmissão para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/2/02 4-Data de Autorização 11/2/02 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8297414 7-Data Validade da Guia 11/3/05 476426 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025270580000400011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VITOR ASSIS MARTINS WALTER 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano VITOR ASSIS MARTINS WALTER

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 Enviar - RX (I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 912719074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código ONES 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-Dente/Região	34-Faixa	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	8100405			1	78,00		0,00		11/2/02		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/2/02/01 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\$

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

avaliação inicial.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/2/02/01 Elisângela D. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/2/02/01 Elisângela D. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/2/02/01 Vitor Assis M. Walter 53-Data, local e Contorno da Empresa

assin

assin

FACES

SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Dental Uni

Fonê: (54) 3261 3313 - 3035 3013

Celular: (54) 98438 5460 - 99617 3066

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º Andar - Centro - Farroupilha/RS

facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

f /faces.radiologia @ /faces.radiologia

Responsável Técnica:

Elisângela Dutra Dossin

Paciente: Sister A. M. Walter

Data: 12/01/21

Dr.(a): Kerolaine Guilha

CRO:

Fone: 3268 9625

E-mail:

☐ SOLICITO NOVO
BLOCO DE REQUISIÇÕES

(ou baixe diretamente em nosso site
www.facesradiologia.com.br)

Forma de Envio dos exames:

☐ CD

☐ Filme radiográfico

☐ Papel Fotográfico

☐ Transferência de arquivo via web/e-mail:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

☐ Maxila completa

☐ Mandíbula completa (sem visualização dos ramos)*

☐ Hemiarcada

☐ 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 E

☐ ATM - oclusão e abertura máxima

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos

☐ Pesquisa de fratura radicular no dente

☐ Avaliação dos canais radiculares no dente

☐ Colocação de implantes (se desejar medidas em região
dentada, especificar)

☐ Avaliação da condição do implante

☐ Biomodelo

☐ Cirurgia Guiada

☐ Periodontia

☐ Avaliação Patológica

☐ Cirurgia Sorriso Gengival

☐ Outros

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

ODONTOLOGIA DIGITAL - Escaneamento intraoral (CS 3600 - Carestream)

☐ Imagens via web / arquivo STL

☐ Sem Impressão 3D do modelo

☐ Com Impressão 3D do modelo

Finalidade:

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

☒ Panorâmica

☐ Topo

☐ Oclusão

☐ Para Implante (com traçado computadorizado), Região dos dentes:

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica:

Avaliação inicial

☐ Telerradiografia

☐ Frontal

☐ Sem Análise

☐ Lateral

☐ Análise

Especificar a Análise

☐ C7

☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)

☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal

☐ Análise cervical para cálculo da idade óssea

Outra Técnica