

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/17 4-Data de Autorização 13/11/17 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 345520 7-Data Validade da Serinha 12/11/17 8-Data Validade da Serinha 12/11/17

INTERCAMBIO 345520

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020215271134000009011

9-Plano PRIME COPAY

10-Empresa CAMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS

11-Data Validade da Carteira 11/11/17

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LAIS FERNANDA SILVESTRIN

03/01/1989

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano LAIS FERNANDA SILVESTRIN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191271910740104111 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO 10449

24-UF RS

25-Código CNES

Enviar - RX (I) 81000375-RME (I) 81000421-

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-Dentier/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	2,00	5,76		S	31/07/20	X	for
2-0	0181000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	0,00	4,80		S	31/07/20	X	for
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 31/07/20 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 22,00 47-Valor Total R\$ 10,56 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

Busca de gases na prótese

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/07/20 FERNANDA D. DOSSIN 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/20 FERNANDA D. DOSSIN 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/20 LAIS F. S. 53-Data, local e Cartão da Empresa

Fones: (54) 3261-3313 / (54) 3035-3013
Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º andar - Centro - Farroupilha
facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: João Silvestri Data: 31/07/20
Endereço: Kelen Curvelo Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

Exames entregues em: () CD
() Filme radiográfico
() 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: <u>Requisição de raio ou fratura</u> | |

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- | | |
|--|---|
| ☐ Panorâmica | ☐ Topo |
| | ☐ Oclusão |
| | ☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de: _____ |
| ☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: _____ | |
| ☐ 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: _____ | |