

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 4-Data de Autorização 12/11/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7987941 7-Data Validade da Senha 12/11/11 402985 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021025270580000031102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

RITA MARIA CALZADA GARCIA SCHUTZ 09/08/1968 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ELOI MARIO SCHUTZ

Dados do Contratante / Responsável pelo Tratamento

16-Adiantamento 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 / CNPJ / CPF 92719074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 01000405 26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 01000375-RPD 01000375-RME 01000375-RMD 01000375-RPE

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado:

30-Tabella	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
1-00	81100004005	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	7,8	10,0	0,0	0	10/10/20		
2-00	8110000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	14,0	0,0	0,0	0	10/10/20		
3-00	8110000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	14,0	0,0	0,0	0	10/10/20		
4-00	8110000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	14,0	0,0	0,0	0	10/10/20		
5-00	8110000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	14,0	0,0	0,0	0	10/10/20		
6-00	8110000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	14,0	0,0	0,0	0	10/10/20		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/10 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 134,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação

Declaração: Declaro, 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/11/10 RITA MARIA CALZADA GARCIA SCHUTZ 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/10 ELOI MARIO SCHUTZ 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/10 RITA MARIA CALZADA GARCIA SCHUTZ 53-Data, local e Caimbo da Empresa



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Fone: (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: Letícia Gonçalves Data: 22/10/20
Dr.(a): Flavia Correa CRO: _____ Fone: _____
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)*
☐ 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
☐ 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 _____

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

Flavia C. de Corrêa
Cirurgiã Dentista
CRO 11667

* 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 ☒ Apico
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região dos dentes: _____
☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: condições dos maxilares
☐ 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 _____

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 E
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 E

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

Interproximais: ☒ Molares Direito ☐ Molares Esquerdo
☒ Pré-Molares Direito ☐ Pré-Molares Esquerdo

Finalidade:

pesquisa de caries.

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- ☐ Documentação Ortodôntica Básica
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos Digitais.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem modelos
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar) e 6 Fotos.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem impressões
Exames radiográficos e modelos sem impressão, somente via web.
- ☐ Documentação Ortodôntica Completa
Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, Interproximais de molares e pré molares, 8 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação Personalizada Dr(a) _____

Informar os exames necessários para sua documentação:

Exame(s) a ser(em) incluído(s) na documentação:

- ☐ Análise Cervical
- ☐ Radiografia da mão e punho
- ☐ Fotos oclusais
- ☐ Periapicais dos incisivos
- ☐ Tele Frontal
- ☐ C7

Outro exame: Especificar _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Adenóides | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3° Ms | ☐ Rickets Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Análise Facial Perfil | ☐ Idade Óssea | ☐ Rickets Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni | ☐ USP |
| ☐ Delmanto | ☐ McNamara | ☐ Schwartz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Modelos | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☐ AO - BO |

Outra: _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h40
Tarde (segunda a quinta-feira): 13h30 às 18h30
Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h

Caro Paciente: Os valores informados por telefone serão confirmados na recepção.