

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



322849
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/01/06 4-Data de Autorização 10/03/07 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7626635 7-Data Validade da Sentença 10/08/09

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025270580000094011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALINE BECKER TERRES

22/01/1980

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano ALINE BECKER TERRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 92719074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

26-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- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Molho da Gloriosa	42- Assinatura
1-	00	6170				1	350,00	161,00		10/30/06		X Alina
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/01/06

44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 350,00

47-Valor Total R\$ 161,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Realização de aparelho odontológico

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/01/06 Elisângela D. Dossin

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/01/06 Elisângela D. Dossin

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/01/06 Alina B. Alina

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Data: ____/____/____
Hora: ____:____:____

Paciente: Aline B. Terres

Data de Nasc.: _____

End.: _____

Fone: _____

Dr.(a): Kelen Grando

Fone: _____

Convênio: _____

Data: 03/07/20

() Favor enviar requisições

Entregar exames: () no consultório () em CD () E-mail _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

☐ Radiografia Periapical:

D	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							
D	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75							E

☐ Levantamento Periapical Completo

☐ Levantamento Periapical Completo com Interproximais

☐ Interproximais:

☐ Molares () D () E

☐ Pré-molares () D () E

☐ Técnica de Localização (dentes inclusos, corpos estranhos) Região: _____

☐ Exame de Radiografia Oclusal: () Maxila () Parcial | Região _____
() Mandíbula () Parcial | Região _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

☐ Radiografia Panorâmica () Em Topo () Em Oclusão

() Com traçado para implante. Região: _____

Obs.: _____

☐ Telerradiografia () Lateral () Com Análise: _____
() frontal () Sem Análise

☐ Panorâmica da ATM (Boca Aberta e Fechada) ☐ Radiografia de Mão e Punho

Outras: _____

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- ☒ **Documentação Ortodôntica I:** Panorâmica, Telerradiografia Lateral, Análises Cefalométricas informadas abaixo, 6 fotos (3 extrabucais e 3 intrabucais) e Modelos de Estudo.
- ☐ **Documentação Ortodôntica II:** Panorâmica, Telerradiografia Lateral, Análises Cefalométricas informadas abaixo, 8 fotos (3 extrabucais e 5 intrabucais) e Modelos de Estudo.

Encaminhar por: ☐ CD ☐ Pasta (impressa) ☐ E-mail:

- Opcionais: ☒ Fotografias Intrabucais: ☒ Oclusal (Superior e Inferior)
() Laterais (Direita e Esquerda)
- ☐ Fotografias Extrabucais: () Frente () Perfil () Sorrindo
- ☐ Modelos ☐ Periapicais Incisivos ☐ Interproximais Molares e Pré-molares
- ☐ Telerradiografia Frontal

Obs.: Foto de sorriso sem oclusador, incluir a base do nariz

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS COMPUTADORIZADAS

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| ☐ Adenoides | ☐ Idade Óssea | ☐ Schwarz | ☐ Steiner |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Delmanto | ☐ McNamara | ☐ Ricketts Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Valieri | ☐ Petrovic | ☐ Ricketts Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Downs | ☐ Erupção 3° Molares | ☐ Sassouni | ☒ USP |
| | | | ☐ USP-UNICAMP |

Outras:

Colocação de aparelho odontológico

LOCALIZAÇÃO



C.R.I.O.
CENTRO DE RADIOLOGIA
E IMAGENS ORAIS

Fone: (54) 3261-3473

Rua Rui Barbosa, 235, Centro | Sala 02

Galeria Vicenza - Farroupilha - RS

E-mail: criofarroupilha@hotmail.com

