

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011

4-Data de Autorização 11/01/2011

5-Santa AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8285684

7-Data Validade da Santa 11/11/2015

473742
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 000202527058000001603

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FELIPE PANSERA

21/06/1999

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano JAIR PANSERA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9271190740004111 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO 10449

24-UF RS

25-Código CNES

(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

27-Número no CRO 10449

28-UF RS

29-Código CBO S

(I) 81000375-RPD

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 Glosa	42-Assinatura
1-0	01	81000375-RMD	1	1	1	1	1,00	10,00	1	11/01/2011		X
2-0	01	81000375-RMD	1	1	1	1	1,00	10,00	1	11/01/2011		X
3-0	01	81000375-RMD	1	1	1	1	1,00	10,00	1	11/01/2011		X
4-0	01	81000375-RMD	1	1	1	1	1,00	10,00	1	11/01/2011		X
5-0	01	81000375-RMD	1	1	1	1	1,00	10,00	1	11/01/2011		X
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2011	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\$							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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.

49-Observação

avaliação inicial, pesquisa de cãix

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2011 X Fátima D.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2011 X Fátima D.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2011 X Jair Pansera

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Doutor

Doutor



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: FELIPE PAJSELA Data: 10 02 21

Dr.(a): Dr. Luis Gustavo Feltrin CRO: _____ Fone: _____

E-mail: Cirurgião Dentista

CRO/RS 23260

☒ 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:

* 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 EXTRABUCALIS 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: _____

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

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

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

Finalidade: pesquisa de cáries

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.