



transfere para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/20	4-Data de Autorização 11/21/11 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8042640	7-Data Validade da Senha 10/9/10 21/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

416529
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021025270580001119011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ADEMIR JOSE CIESLAK	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ADEMIR JOSE CIESLAK
--------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1927719074004	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000375-RPD (1) 81000375-RME (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPE
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- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00			12/11/20		
2-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00			12/11/20		
3-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00			12/11/20		
4-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00			12/11/20		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Recebto Termo do Tratamento 12/11/20	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 56,00	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 no 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.

48-Observação

procurar de saúde

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20 Elisângela D. Dossin	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20 Elisângela D. Dossin	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Ademir José Cieslak	53-Data, local e Contrato da Empresa
--	--	---	--------------------------------------



Faculdade de Odontologia de Curitiba

Fone: (41) 3261 3313 - 3935 3013
Celular: (41) 98438 5460 - 99617 3066

Rua Pol. Boticaria, 11 - Sala 201 - 2º andar - Centro - Fonecelo 4003
facedontolo@igmail.com - www.facedontologia.com.br
@faces.radiologia

Responsável Técnica:
Elisângela Dutra Dossin

Paciente: Ademir Jose Cieslak

Data: 12, 11, 20

Dr(a): Kelem Arando

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

☐ 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
odências complementares.

ONTOLOGIA DIGITAL - Escaneamento intraoral (CS 3600 - Carestream)

Imagens via web / arquivo STL

☐ Sem Impressão 3D do modelo

☐ Com Impressão 3D do modelo

Qualidade:

bitumen q. 100

IOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

Panorâmica

☐ Topo

☐ Oclusão

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

Motivo da solicitação / breve história clínica:

Telerradiografia

☐ Frontal

☐ Sem Análise

☐ Lateral

☐ Análise

Especificar a Análise

- ☐ 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), Periapicals 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
☐ Periapicals dos Incisivos
☐ Tele Frontal
☐ C7

Outro exame: Especificar _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Adenóides | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3º 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