



1-Registro ANS 406414 2-Datas de Emissão da Guia 12/08/10 8/12/10 4-Datas de Autorização 12/08/10 8/12/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7831137 7-Data Validade da Semeta 12/06/11 11/12/10

8-Número da Carteira 000202527058000011903 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome VANESSA DAPPER DA COSTA CIESLAK 04/05/1990 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano ADEMIR JOSE CIESLAK

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Aprendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA 18-Número no CRO 10449 19-UF RS 20-Código CBO S 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 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										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
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	0348	DOC ORTODONTICA "E"			1	267,00	0,00			12/08/10				
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/08/10 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 267,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Seleção de operador odontolife

50-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 12/08/10 Elisângela D. Dossin 51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/08/10 Elisângela D. Dossin 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/10 ADEMIR JOSE CIESLAK 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Paciente: Vanessa Dapper de Costa Data: 28/08/20
Dr. (a): Kelen Grando Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

Exames entregues em: () CD
() Filme radiográfico
() 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. Região do dente: _____
☐ Informações clínicas: _____
- ☐ Com medidas
☐ Em oclusão
☐ Imagens em CD- arquivos Dicom
☐ E-mail: _____

* 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
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
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
☐ Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos
☐ Região: _____

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
☐ C7 Especificar a Análise: _____
☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
Outra Técnica: _____

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

Encaminhar Documentação por: ☐ Pasta ☐ CD ☐ E-mail: _____

- ☒ Documentação Ortodôntica Básica
Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ 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 para Cirurgia Ortognática
Panorâmica, Tele Lateral, Tele Frontal, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, 8 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação para Implantodontia
Panorâmica para implante com traçado computadorizado, Radiografia periapical da região de _____ e Modelos de estudo.

Exames Opcionais para as Documentações: ☐ Radiografia da mão e punho

☐ Fotos oclusais Outras: _____

☐ Periapicais dos incisivos

☐ Tele Frontal

☐ Tele Lateral

☐ Com Análise - 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 | ☐ Schwarz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Bolton | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☒ AO-B0 |

Outra: _____

Colocação de aparelho ortodôntico

EXAMES COMPLEMENTARES

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| ☐ Modelos de Estudo | ☐ Fotos Intrabucais (3) | ☐ Outro |
| ☐ Modelos de Trabalho | ☒ Fotos Oclusais (2) | |
| ☐ Fotos Extrabucais (3) | ☐ Fotos dos Modelos (5) | |

SERVIÇOS ON-LINE : Acesse suas imagens radiográficas on-line. Informe-se!
Caro Paciente: Os valores informados por telefone são aproximados.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h45

Tarde (segunda a quinta-feira): 13h30 às 18h30

Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h

Obs: foto de sorriso sem oclusador.

Incluir o base do nariz