

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



408196
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/11 10/12/01 4-Data de AutORIZAÇÃO 12/9/11 10/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8009334 7-Data Validade da Senha 12/7/10 11/12/11

8-Número da Carteira 10/02/02 2,5 2 7 0 5 8 0 0 0 0 0 0 5 0 0 2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FELIPE RAPKIEWICZ DIAS 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano MARCIO LISANDRO MAICA DIAS

16-Agendamento 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 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19/27119074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CINES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S

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	0	8	1	0	0	4	0	5				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/10/12/01 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 17 8 10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 10 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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/9/10/11/20 Elisângela D. Dossin 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/10/11/20 Elisângela D. Dossin 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/11/10/12/01 Marcio Lisandro Maica Dias 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Paciente:

Dr. (a):

*Felipe Das
Cin Pignale*

Data: *14/10/20*

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:

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

Outra Técnica: