

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

**402753
INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 4-Data de Autorização 12/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7986921 7-Data Validade da Senha 12/10/11

8-Número da Carteira 100202152701580000102011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome HOMERO SOKOLOSK JUNIOR 23/11/1963 14-Telefone 15-Nome do titular do plano HOMERO SOKOLOSK JUNIOR

16-Atendimento 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 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1912711910740104 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 30-Franchisa/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabaleia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	0,00	0,00	0,00	S			
2-00	810010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	0,00	0,00	0,00	S			
3-00	810010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	0,00	0,00	0,00	S			
4-00	810010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	0,00	0,00	0,00	S			
5-00	810010421	RX PERIAPICAL	RIS	1	14,00	0,00	0,00	0,00	S			
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
16-00												
17-00												
18-00												
19-00												
20-00												
21-00												
22-00												
23-00												
24-00												
25-00												
26-00												
27-00												
28-00												
29-00												
30-00												
31-00												
32-00												
33-00												
34-00												
35-00												
36-00												
37-00												
38-00												
39-00												
40-00												
41-00												
42-00												
43-00												
44-00												
45-00												
46-00												
47-00												
48-00												
49-00												
50-00												
51-00												
52-00												
53-00												
54-00												
55-00												
56-00												
57-00												
58-00												
59-00												
60-00												
61-00												
62-00												
63-00												
64-00												
65-00												
66-00												
67-00												
68-00												
69-00												
70-00												
71-00												
72-00												
73-00												
74-00												
75-00												
76-00												
77-00												
78-00												
79-00												
80-00												
81-00												
82-00												
83-00												
84-00												
85-00												
86-00												
87-00												
88-00												
89-00												
90-00												
91-00												
92-00												
93-00												
94-00												
95-00												
96-00												
97-00												
98-00												
99-00												
100-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franchisa / Co-participação R\$

49-Observação Data e assinatura no guia original nº 311281 (em anexo). 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CONCLUSIONS

311291
INTERCÂMBIO**Dados do Beneficiário**

13-Nome	HOMERO SOKOLOSK JUNIOR
23/11/1963	
14-Telefone	() -
15-Nome do titular do plano	HOMERO SOKOLOSK JUNIOR

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 - Editora Emmecon
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	9 2 7 1 9 0 7 4 0 0 4
22-Nome do Contratado Executante	ELISANGELA DUTRA DOSSIN
23-Número no CRO	10449
24-UF	RS
25-Código CNIES	Enviar - RX (1) 81000375-RPD

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
ELISANGELA DUTRA DOSSIN	10449	RS	(I) 81000375-RMD (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Clid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Mês da Guia	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4, 0 0		0, 0 0	S	07/05/20		X
2- 0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4, 0 0		0, 0 0	S	07/05/20		X
3- 0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4, 0 0		0, 0 0	S	07/05/20		X
4- 0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4, 0 0		0, 0 0	S	07/05/20		X
5- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4, 0 0		0, 0 0	S	07/05/20		X
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(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-Observa

Verificação da presença de lesões ou sinais.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	10/10/2011	Dr. Flávio A. D.
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/10/2011	Dr. Flávio A. D.
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/10/2011	Renato S. Junior
53-Dia, local e Contributo da Empresa	11/11/11	

Person

to show



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Telefones: (54) 3261-3313 / (54) 3035-3013

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º andar - Centro - Farroupilha
facesodontof@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: Homero Junior.

Dr. (a): Flávia Corra

Data: 07/05/20

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: _____

Dra. Flávia C. de Corra
Cirurgiã Dentista
CRD 11667

*Verificação
da presença de lesões
ou cáries.*

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

Especificar a Análise: _____

☐ C7

☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)

☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal

Outra Técnica: _____