

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2<sup>ª</sup>ª



**409182**  
**INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 3/01/10 4-Data de Autorização 3/01/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8013866 7-Data Validade da Sentia 2/8/01 8-Data Validade da Sentia 2/1

8-Número da Carteira 00202527058000003402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 1/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LAURA MAGNANTI 14-Teléfono ( ) 15-Nome do titular do plano CASSIO MAGNANTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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 1912719074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES (I) 81000405 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-Tabella | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Fase | 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 Previsto Término do Tratamento 30/10/20 44-Tipo de Atendimento 2 45-Tipo de Faturamento A 46-Tipo de Faturamento 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Tipo de Faturamento / 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 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

*avaliação inicial*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/20 Elisângela D. Dossin 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 Elisângela D. Dossin 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Cassio Magnanti 53-Data, local e Carimbo da Empresa





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:  
Isângela Dutra Dossin

Paciente: Laura MAGNANI Data: 30/10/20  
Dr.(a): \_\_\_\_\_ CRO: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
E-mail: Marcela Guimarães Soares

☐ SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISITOS ☐ Form de Envio dos exames:  
Cirurgiã-Dentista CPF: 007910930-69 ☐ CD ☐ Filme radiográfico ☐ Papel Fotográfico  
(ou baixe diretamente em nosso site [www.facesradiologia.com.br](http://www.facesradiologia.com.br)) ☐ 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 |
| D | 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: \_\_\_\_\_

\* Prezados colegas, 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 EXTRABUCAIS 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 \_\_\_\_\_