

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



309590
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/04 4-Data de Autorização 10/06/05 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 309590 7-Data Validade da Senha 12/09/07 8-Data Validade da Guia 12/09/07

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100210252711240000697011 9-Plano PRIME COPAY 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 12/09/07 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CIBELE NARDE TEIXEIRA 14-Telefone 05/03/1994 15-Nome do titular do plano CIBELE NARDE TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 92719074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES Enviar - RX (1) 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-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 Doença	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	72	00	34,56		S	06/05/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/05/20 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 72,00 47-Valor Total R\$ 34,56 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

Declaração, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsão em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/05/20 x Elisângela D. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/05/20 x Elisângela D. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/20 x Jussara 53-Data, local e Contato da Empresa

Bertini

Bertini



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Telefones: (54) 3261-3313 / (54) 3035-3013
Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º andar - Centro - Farroupilha
facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: CIBELE NALJE TEIXEIRA

Dr. (a): Dr. Luis Gustavo

Data: 06/05/20

Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

Exames entregues em: () CD

(X) Filme radiográfico

(X) 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 e 3º molares

☐ 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: _____