

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ªª



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/8/11 12/12/01	4-Data de Autorização 11/8/11 12/12/01	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8158724	7-Data Validade da Sentia 11/8/11 03/12/11
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

443970
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 010121025270580000125011		9-P plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANGELA MULLER		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ANGELA MULLER			

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	25-UF RS	26-Código CNES (1) 81000405	25-UF RS	26-Código CBO S (1) 81000421-	27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S	30-UF RS	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1912171901740004		22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		23-Número no CRO 10449		24-UF RS		25-Código CNES (1) 81000405		26-Código CBO S (1) 81000421-		27-Número no CRO 10449	
26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		27-Número no CRO 10449		28-UF RS		29-Código CBO S		30-UF RS		31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentista/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glor 42-Assinatura		32-Descrição 33-Dentista/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glor 42-Assinatura	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-010181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA				78,00	10,00			12/12/2010		
2-010181000421		RX PERIAPICAL				14,00	10,00			12/12/2010		
3-111111111111												
4-111111111111												
5-111111111111												
6-111111111111												
7-111111111111												
8-111111111111												
9-111111111111												
10-111111111111												
11-111111111111												
12-111111111111												
13-111111111111												
14-111111111111												
15-111111111111												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/12/2010	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 912,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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(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

Condiciona ao pagamento, fatura de 2008.

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 12/12/2010 <i>Elisângela Dutra Dossin</i>	51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 12/12/2010 <i>Elisângela Dutra Dossin</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/2010 <i>Angela Muller</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

04/01/20
16:00hs

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
/faces.radiologia @faces.radiologia

Responsável Técnica:
Elisângela Dutra Dossin

Paciente: Angela Muller Data: 18/12/20
Dr.(a): _____ CRO: _____ Fone: _____
E-mail: _____

☐ SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES **Marcela Guimarães Soares** Cirurgião-Dentista
CRO 17446/RS - CPF: 007910930-830
(ou baixe diretamente em nosso site www.facesradiologia.com.br)
Forma de Envio dos exames:
☐ Filme radiográfico ☐ Papel Fotográfico
☐ 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:

* Prezado colega, 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 EXTRABUCALIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☒ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região dos dentes: _____
☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: condições de maxilares
☐ 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 _____

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 E
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 E

Decíduos
D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75 E

- Interproximais: ☐ Molares Direito ☐ Molares Esquerdo
☐ Pré-Molares Direito ☐ Pré-Molares Esquerdo

Finalidade: _____

fratura ou lesão

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- ☐ Documentação Ortodôntica Básica
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos Digitais.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem modelos
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar) e 6 Fotos.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem impressões
Exames radiográficos e modelos sem impressão, somente via web.
- ☐ 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 Personalizada Dr(a) _____

Informar os exames necessários para sua documentação:

Exame(s) a ser(em) incluído(s) na documentação:

- ☐ Análise Cervical
☐ Radiografia da mão e punho
☐ Fotos oclusais
☐ Periapicais dos incisivos
☐ Tele Frontal
☐ C7

Outro exame: Especificar _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Adenóides | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3° Ms | ☐ Rickets Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Análise Facial Perfil | ☐ Idade Óssea | ☐ Rickets Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni | ☐ USP |
| ☐ Delmanto | ☐ McNamara | ☐ Schwartz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Modelos | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☐ AO - BO |

Outra: _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h40

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

Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h

Caro Paciente: Os valores informados por telefone serão confirmados na recepção.