

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



328722
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/06 4-Data de Autorização 01/1/07 5-Sineta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 328722 7-Data Validade da Sineta 12/1/09 8-Data Validade da Sineta 12/1/09

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252711240080601 9-Plano PRIME COPAY 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MAICON ANDRE SOSNOSKI 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano MAICON ANDRE SOSNOSKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 927719074004 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-Franchia/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

Planos 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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	8100405										
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Perversa Tempo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronodonta 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franchia / 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/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

Condições das maxilares, dentes.

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

Doutor

Doutor

FACES

SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

ODONTOCLÍNICA LTDA
Rua Marechal Floriano, 20 Sala 011
Junto ao Prédio Sindiojas
(54) 3238-0715

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

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

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: Malcon Sennerki Data: 20/06/20
Dr. (a): Rafaela Belzon Lima Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

Exames entregues em: () CD

() Filme radiográfico

(X) E-mail: rafaela_belzon@hotmail.com

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- | | |
|--|--|
| ☐ Maxila completa | ☐ Com medidas |
| ☐ Mandíbula Completa (sem visualização dos ramos)* | ☐ Em oclusão |
| ☐ Hemí-arcada | ☐ Imagens em CD- arquivos Dicom |
| sup. D. () sup. E () inf. D () inf. E () | |
| ☐ Localizada (indique as regiões a serem realizadas): | ☐ E-mail: _____ |
| 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: _____ | |

* 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 | Decíduos |
| D 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | D 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 E |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | 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: <u>condições dos maxilares</u> |
| ☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: <u>lesões</u> | | |
| ☐ 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: _____ | | |