

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



429875
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/2/01 4-Data de Autorização 13/01/11 11/2/01 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8098311 7-Data Validade da Sentia 12/5/11 01/2/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 10101215219161815810101010110121 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11 12-Nome do titular do plano FABIO ANTUNES COSTA

13-Nome LUCIANE DE OLIVEIRA DO ROSARIO 16/09/1977 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano FABIO ANTUNES COSTA

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 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191217119107410104 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES (1) 81000405 26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S

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 Glosa	42-Assinatura
1-10	01810004015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,810,00	0,00			30/11/20		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 7,810,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2011 Elisângela D. Dossin 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2011 Elisângela D. Dossin 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2011 Fábio Antunes Costa 53-Data, local e Carimbo da Empresa

condições dos procedimentos

Dossin

Dossin



Lauren Zatti Ramos
Especialista em Radiologia
Odontológica e Imaginologia - CRO- 15140
E-mail: digitaldente@digitaldente.com.br
Site: www.digitaldente.com.br

(54) 3419-6560 | 99144-9198

Rua Pinheiro Machado, 2321 :: Sala 41
Centro Executivo Orion :: Centro
95020-170 :: Caxias do Sul :: RS
VEJA MAPA NO VERSO >

Paciente: Lauren Zatti Ramos Data de Nasc.: 30/11/20
Telefone: _____ Celular: _____
Indicação Dr. (a): Daniel G. Zorles Cidade: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Local de Entrega: ☐ Paciente busca ☐ Consultório ☐ Sedex ☐ solicito bloco de requisições

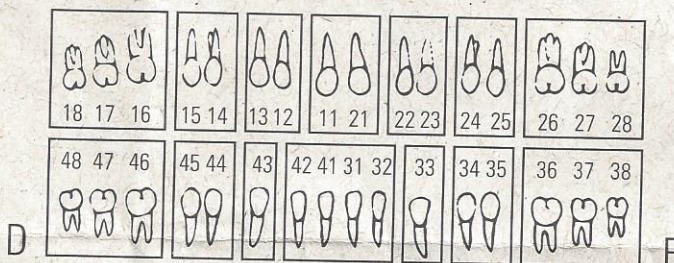
RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

PERIAPICAIS

- ☐ Dentes assinalados
☐ Levantamento completo

INTERPROXIMAIS (Bite Wing)

- ☐ Pré-molares ☐ Direito ☐ Esquerdo
☐ Molares ☐ Direito ☐ Esquerdo



RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

- ☒ Panorâmica ☐ Em topo ☐ Em oclusão
☐ Panorâmica Infantil ☐ Em topo ☐ Em oclusão
☐ Teleradiografia lateral (Teleperfil) ☐ Com traçado ☐ Sem traçado
☐ Teleradiografia frontal (PA Ricketts) ☐ Com traçado ☐ Sem traçado
☐ ATM direita ☐ Boca aberta e fechada ☐ Repouso
☐ ATM esquerda ☐ Boca aberta e fechada ☐ Repouso
☐ Seios Maxilares (PA/ Walters) ☐ Seio maxilar direito (PA/ W) ☐ Seio maxilar esquerdo (PA/ W) ☐ Ambos
☐ Seio Frontal ☐ Outra incidência: condições dos
☐ Panorâmica para implante (P11) ☐ Com traçado de: molares

TOMOGRAFIA CONE BEAM (HD)

- ☐ Maxila completa ☐ Mandíbula completa ☐ Maxila e mandíbula completas

Indique a região a serem realizados os cortes:

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

- ☐ Segmento (até 3 dentes) ☐ 1 Elemento

Motivo do exame: _____

- ☐ Hemi arcada superior direita
☐ Hemi arcada inferior direita

- ☐ Hemi arcada superior esquerda
☐ Hemi arcada inferior esquerda

- ☐ ATM ☐ Em Oclusão ☐ Em Abertura