

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	11/3/01 11/21
4-Data de Autorização	11/3/01 11/21
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8193007
7-Data Validade da Senha	11/3/01 11/21

453160
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 2 7 1 1 2 4 0 0 0 8 2 2 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	BIGFERR INDUSTRIA E COMERCIO
11-Data Validade da Carteira	
12-Número do Cartão	

13-Nome	CRISTIANO COLUSSI
14-Telefone	02/10/1983
15-Nome do titular do plano	CRISTIANO COLUSSI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Mendicento 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	025 -
----------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	19 12 7 1 1 9 0 7 4 0 0 4
22-Nome do Contratado Executante	ELISANGELA DUTRA DOSSIN
23-Número no CRO	10449
24-UF	RS
25-Código CNES	Enviar - RX (1) 87000005

26-Nome do Profissional Exercente	27-Número no CRO	28-JF	29-Código OBO S
ELISANGELA DUTRA DOSSIN	10449	RS	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Ítabela	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-Dat
1-100	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7800	0000		13	

[illegible][illegible]

7. 

[illegible][illegible][illegible]

1301181	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	4- Tipo de atendimento	4- Total coberto US	4- Total Total R\$
2		1- Total 2- Parcial	7 8 0 0	0

contrato. Devidero, 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 referenciado ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

1. समस्या का परिचय

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	13/01/2014 Eduardo D. Pereira
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	13/01/2014 Eduardo D. Pereira
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/01/2014 Márcio de Almeida
53-Data, local e Cambio da Empresa	13/01/2014

Handwritten: $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$

Paciente: CRISTIANO COLUSSA Data: 13/01/21
Dr. (a): Micheline Alberti Fone: _____
Cirurgia Bucomaxilofacial

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISICÕES

Exames entregues em: () CD
() Filme radiográfico
() E-mail: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- ☐ Maxila completa ☐ Com medidas
☐ Mandíbula Completa (sem visualização dos ramos)* ☐ Em oclusão
☐ Hemi-arcada ☐ Imagens em CD- arquivos Dicom
sup. D. () sup. E () inf. D () inf. E () ☐ E-mail: _____
☐ 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: _____

* 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: 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
Outra Técnica: _____