



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 27/11/2010 4-Data de Autorização 27/11/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8000350 7-Data Validade da Senha 12/5/011/21

406078
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00020252705800019505 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA EURICE DE AQUINO RODRIGUES 09/08/1980 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano LEANDRO VIEIRA RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 26-UF RS 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Franchisa/Co-participação R\$ 31-Aut. 40-Data de Realização 41-Motivo da Gênes 42-Assinatura

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 927190741004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 26-UF RS 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Franchisa/Co-participação R\$ 31-Aut. 40-Data de Realização 41-Motivo da Gênes 42-Assinatura

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-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-00	81000375-RMD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3-00	81000375-RME	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4-00	81000375-RPE	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 15,61010 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchisa / Co-participação R\$

49-Observação Data e assinatura na guia original nº 295792 (em anexo).

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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/2013 12:01	4-Data de Autorização 05/03/2013 12:01	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7450499	7-Data Validade da Semana 02/06/2013 12:01
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

0-9	0	0	2	0	2	5	2	7	0	5	8	0	0	0	0	1	9	5	0	5
10-Empresa	TROMBINI EMBALAGENS SA																			
11-Data Validade da Carteira																				
12-Número do Cartão N																				

ANA EURICE DE AQUINO RODRIGUES	09/08/1980	14- Nome do titular do plano LEANDRO VIEIRA RODRIGUES
--------------------------------	------------	--

16-Alimentação a RN	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA		
18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	
10449	RS	09	
025 - Faturar Empresa			

[illegible]

ELISANGELA DUTRA DOSSIN	Z7-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S	(1) 81000375-RMD (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPD
-------------------------	---------------------------	-------------	-----------------	---

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Fração/Ce-participação R\$	39- Aut.	40- Data
1-00	0810100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	11	1	1	78,00	0,00			

[illegible][illegible][illegible]

7. _____

8. _____

9

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima a ser(m) realizado(s) foi(s) realizado(s) de acordo com as normas técnicas e científicas vigentes.

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Otorrinolaringológico 4- Uroginecológico 5- Emergência

1- Total 2- Parcial

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

49-Observação

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
---	---

05/03/20	Fluoreno D. Doria	05/03/20	Fluoreno D. Doria	05/03/20	Xena Aquino
32-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			33-Data, local e Carimbo da Empresa		

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 10/04/2013/2013		4-Data de Autorização 10/05/2013/2013		5-Semina AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7450499		7-Data Validade da Semina 10/02/2016/2016	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1010202152270158000001915051						9-Plano POS REDE PRESTADORA					
13-Nome ANA EURICE DE AQUINO RODRIGUES						10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA					
14-Telefone (11) 11111111111111111111111111111111						15-Nome do titular do plano LEANDRO VIEIRA RODRIGUES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N1		17-Nome do Profissional Solicitante FACER SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA									
18-Número no CRO 10449		19-UF RS		20-Código CBO S 09		25 - Faturar Empresa					

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

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

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

GENS EM ODONTOLOGIA

ente: Ama Curige Aquino Rodriguez Data: 05/03/20
 (a): Kelem Grando Fone: _____

☐ SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISICÕES

Exames entregues em: () CD
() Filme radiográfico
() 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: _____

* 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
	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
	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: Região de molares

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☒ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de:

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: avaliação inicial

- ☐ 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:

[illegible]