

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



461498
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/5/10 4-Data de Autorização 12/5/10 5-Senha AUTORIZADO 8231021 6-Número da Guia Principal 8231021 7-Data Validade da Senha 12/5/10 8-Data Validade da Senha 12/5/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

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

13-Nome MALENA SA NASCIMENTO ROMA 14-Telefone 17/10/1993 15-Nome do Titular do plano MALENA SA NASCIMENTO ROMA

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 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19/2/7/1/9/0/7/4/0/0/4/ 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Data de Realização 31-Motivo da Glosa 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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 4 0 5			1	7 8 10 0		10 10 0	S	25/01/21		Maiane
2-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RMSD		1	1 4 10 0		10 10 0	S	25/01/21		Maiane
3-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5	RMD		1	1 4 10 0		10 10 0	S	25/01/21		Maiane
4-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5	RPD		1	1 4 10 0		10 10 0	S	25/01/21		Maiane
5-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5	RME		1	1 4 10 0		10 10 0	S	25/01/21		Maiane
6-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5	RPE		1	1 4 10 0		10 10 0	S	25/01/21		Maiane
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$												
25/01/21 2-1-Tratamento Odontológico 2-Estudo Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 1-1-Total 2-Parcial 1 4 8 10 0 10 10 25/01/21 25/01/21 25/01/21 25/01/21 25/01/21 25/01/21												

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

Assinatura inicial, pesquisa de cor, 12/5/01/10

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/5/01/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/01/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/01/10 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/5/01/10

Roma



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

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
f /faces.radiologia @ @faces.radiologia

Responsável Técnica:
Elisângela Dutra Dossin

Paciente: MARLENA S. FELIX Data: 25/01/21
Dr.(a): Dr. Luis Gustavo Nascimento LOMA CRO: _____ Fone: _____
E-mail: Cirurgião Dentista
CRO/RS 23260

☐ SOLICITO NOVO
BLOCO DE REQUISIÇÕES

(ou baixe diretamente em nosso site
www.facesradiologia.com.br)

Forma de Envio dos exames:

- ☐ CD ☒ 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
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 EXTRABUCAIS DIGITAIS

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

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.