

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



**402801
INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10	4-Data de Autorização 12/3/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987146	7-Data Validade da Senha 12/01/11
--------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 000201252705800012803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome PAMELA JENIFER DE SOUZA ONZI	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FLAVIO HENRIQUE DA SILVA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento 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 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9271907400411	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código ONES	
26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S		

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 Guia	42-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,80	0,00		S			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	7,80	0,00								

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) 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

Data e Assinatura na guia original nº 312181 (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
11/11/11	11/11/11	11/11/11	11/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



312181
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/15	4-Data de Autorização 11/10/15	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7555067	7-Data Validade da Sema 10/09/18
8-Número da Carteira 1002025270581000012803			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/10/15
13-Nome PAMELA JENIFER DE SOUZA ONZI			29/06/1994	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano FLAVIO HENRIQUE DA SILVA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento 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 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 927119074004	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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7	8,00	0,00			11/05/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/05/20

44-Tipo de Atendimento
2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
78,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / 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.

Condiciona do paciente

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2015 <i>Elisângela D.</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2015 <i>Elisângela D.</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2015 <i>Pamela Onzi</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/15
--	--	--	---

Doutor

Doutor

Coordenador

FACES

Serviço de Imagens em Odontologia

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

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

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: Pamela J.S. Wangzi Data: 11/05/20
Dr. (a): Lucindo Poludo Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

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 | |
| Permanentemente | 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</u> |
| ☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: <u>des maxilares</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: _____ | |