



transmissão para o(a) ()

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



348006
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614 3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 4-Data de Autorização 10/06/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 348006 7-Data Validade da Sentença 12/07/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202152711240010819011 9-Plano PRIME COPAY 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira

13-Nome

DAIANA MEIRELLES ZEIDA 07/06/1994 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DAIANA MEIRELLES ZEIDA

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 - 21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 9127719107401041 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código ONES Enviar - RX (1) 81000375-RME (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPE (1) 81000375-RPD (1) 81000375-RPD

26-Nome do Profissional Executante

ELISANGELA DUTRA DOSSIN

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-0	0	81000405				72,00	3,45			10/06/10		X
2-0	0	81000375				12,00	5,76			10/06/10		X
3-0	0	81000375				12,00	5,76			10/06/10		X
4-0	0	81000375				12,00	5,76			10/06/10		X
5-0	0	81000375				12,00	5,76			10/06/10		X
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
16-1												
17-1												
18-1												
19-1												
20-1												
21-1												
22-1												
23-1												
24-1												
25-1												
26-1												
27-1												
28-1												
29-1												
30-1												
31-1												
32-1												
33-1												
34-1												
35-1												
36-1												
37-1												
38-1												
39-1												
40-1												
41-1												
42-1												
43-1												
44-1												
45-1												
46-1												
47-1												
48-1												
49-1												
50-1												
51-1												
52-1												
53-1												
54-1												
55-1												
56-1												
57-1												
58-1												
59-1												
60-1												
61-1												
62-1												
63-1												
64-1												
65-1												
66-1												
67-1												
68-1												
69-1												
70-1												
71-1												
72-1												
73-1												
74-1												
75-1												
76-1												
77-1												
78-1												
79-1												
80-1												
81-1												
82-1												
83-1												
84-1												
85-1												
86-1												
87-1												
88-1												
89-1												
90-1												
91-1												
92-1												
93-1												
94-1												
95-1												
96-1												
97-1												
98-1												
99-1												
100-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/10/10 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 120,00 47-Valor Total R\$ 157,60 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação: Cerdicós dos mardelos, pesquisa de córies.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/10 Elisângela D. Dossin 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/10 Elisângela D. Dossin 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/10 X 53-Data, local e Cartão da Empresa

DAIANA MEIRELLES ZEIDA



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

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

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

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: Daiana M. Zaida Data: 06/08/20
Dr. (a): Nelson Corrado Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

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
 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: _____

Pesquisa de cáries

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

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