

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



476942
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012	4-Data de Autorização 15/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8299194	7-Data Validade da Sanha 16/05/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012012527112801010121011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BIFGER INDUSTRIA E COMERCIO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSIMERI JUCONELLI	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROSIMERI JUCONELLI		

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 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 912719074004	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	0,00	10,00		15/02/2011		403
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prescrição Término do Tratamento 11/05/2011	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7,80	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.

49-Observação

condições das mandantes

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2011 Elisângela D. Dossin	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2011 Elisângela D. Dossin	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 11/05/2011 Rosimeri Jucconelli	53-Data, local e Cartão da Empresa
--	--	---	------------------------------------

Paciente: Rosimeri Tucanelli Data: 12/01/2021
Dr. (a): Felipe Spinelli Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

Exames entregues em: () CD

() Filme radiográfico

☒ E-mail: _____

Dr. Felipe Spinelli
Cirurgião Dentista
CRORS 24273

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: _____

Para implante

* 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 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: _____