

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



402783
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/11 01/12/10 4-Data de Autorização 12/13/11 01/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7987102 7-Data Validade da Senha 12/10/11 01/12/11

8-Número da Carteira 10 0121012512710581000012113011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSE RODRIGO DE LEMOS DOMINGOS 16/11/1992 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JOSE RODRIGO DE LEMOS DOMINGOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RM 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 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191217119107410014 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPE (1) 81000375-RPD (1) 81000375-RME 26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
2-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
3-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
4-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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 5 6 10 0 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franchisa / 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 Data e Assinatura na guia original nº 310763 (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



310763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2015 4-Data de Autorização 10/06/2015 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7544820 7-Data Validade da Semeta 10/04/2018 8-Data Validade da Guia 10/06/2015

Dados do Beneficiário:

6-Número da Carteira 10/02/02 5-2 7 0 5 8 0 0 0 2 1 3 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JOSE RODRIGO DE LEMOS DOMINGOS

16/11/1992

14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano JOSE RODRIGO DE LEMOS DOMINGOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

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

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

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 Guisa	42-Assinatura
1-0 0 0 1 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	1 4 0 0	0,00					
2-0 0 0 1 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	1 4 0 0	0,00					
3-0 0 0 1 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	1 4 0 0	0,00					
4-0 0 0 1 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	1 4 0 0	0,00					
5-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
6-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
8-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
43-Data Previsão Término do Tratamento 06/11/2015	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 1-1 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-1 2-Parcial	46-Tota Quantidade US 5 6 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	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

Assinatura de Responsável

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

06/11/2015 F. Lemos Domingos

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

06/11/2015 F. Lemos Domingos

52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

06/11/2015 F. Lemos Domingos

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Recebu

Recebu

Paciente: João Rodrigo Domingos Data: 06/05/20
Dr. (a): Marcela Guimarães Soares Fone: _____

() SOLICITONOVABRANÇO DE PRELIMINARES

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 | |
| Permanentes | 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: _____ |
| ☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: _____ | | |
| ☐ 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: _____ | | |