

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/210 4-Data de Autorização 12/8/11 11/210 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8098148 7-Data Validade da Senha 12/5/10 12/211

8-Data de Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215271112410101043011 9-Pano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VALDIR CONTE 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano VALDIR CONTE

Dados de Confirmação 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 09 25-Enviar - RX Faturar Empresa (1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1912711910741010411 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S

Piano 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	0810004105	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		781010	0100			28/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista 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\$							
28/11/20	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	781010	101010								

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 no 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

Condições das mandantes

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/11/2011 ELISANGELA D. DENTIN 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2011 ELISANGELA D. DENTIN 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2011 VALDIR CONTE 53-Data, local e Carimbo da Empresa

429829
INTERCÂMBIO

FACES

SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

URGENTE

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: Valdir Lott

Data: 28/11/20

Dr.(a): Sandro Lott

CRO: _____

Fone: _____

E-mail: _____

☐ 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
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 EXTRABUCALIS DIGITAIS

☒ Panorâmica

☒ Topo

☐ Oclusão

☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região dos dentes: _____

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: condições dos maxilares

☐ Telerradiografia

☐ Frontal

☐ Sem Análise

☐ Lateral

☐ Análise

☐ C7

Especificar a Análise: Sandro de Lima

CRO: 2046

CPF: 615.451.550-20

☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)

☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal

☐ Análise cervical para cálculo da idade óssea

Outra Técnica: _____