

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10	4-Data de Autorização 12/13/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987232	7-Data Validade da Senha 12/10/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

402819
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202527058000004803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 12/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
MARCELO BACH JUNIOR

14/11/2000

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
MARCELO BACH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Mantimento 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
-------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192719074004	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/Rengão	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	81000294	LEVANTAMENTO		1		1222,00	0,00		S			
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 Prevista Término do Tratamento 1/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1222,00	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

Data e assinatura na guia original nº 291426 (em anexo)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1/1/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1/1/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1/1/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/11
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º.º



291426
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/02 2/12/01 4-Data de Autorização 12/11/02 2/12/01 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7426097 7-Data Validade da Semeta 12/01/02 15/12/01

8-Número da Carteira 00020252705800000004803 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCELO BACH JUNIOR 14/11/2000 14-Teléfono () - 15-Nome do titular do plano MARCELO BACH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA 18-Número no CRO 10449 19-UF RS 20-Código CBO S 09 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 26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

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 Recusa	42-Assinatura
1-00	81000294	LEVANTAMENTO		1		22200	0,00			12/02/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/02/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 22200 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: Realização dos exames.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/20 Elisângela D. Dossin 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/20 Elisângela D. Dossin 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/20 Marcelo Bach Junior 53-Data, local e Cartão da Empresa

Elisângela D. Dossin



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: MARCELO BACH FILHO Data: 26/02/20
Dr. (a): Dr. Luis Gustavo Feltrin Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISITOS

Exames entregues em: () CD
(x) Filme radiográfico
(x) 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 Realização dos tecidos moles?
☐ 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
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: avaliação inicial
☐ 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: _____

Odontolife®
Requerida para vcs 80%

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/02/2020	4-Data de Autorização 21/02/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7426097	7-Data Validade da Senha 20/05/2020
8-Número da Carteira 000210252705800000004803					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/2020					
12-Número da Carteira Nacional de Saúde					
13-Nome MARCELO BACH JUNIOR					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano MARCELO BACH					

INTERCÂMBIO
291426

2.º



40-Total Franquia / Co-participação R\$
41-Motivo da Guia 42-Assinatura
43-Data de Realização
44-Data de Realização
45-Data de Realização
46-Data de Realização
47-Data de Realização
48-Data de Realização
49-Data de Realização
50-Data de Realização
51-Data de Realização
52-Data de Realização
53-Data de Realização
54-Data de Realização
55-Data de Realização
56-Data de Realização
57-Data de Realização
58-Data de Realização
59-Data de Realização
60-Data de Realização
61-Data de Realização
62-Data de Realização
63-Data de Realização
64-Data de Realização
65-Data de Realização
66-Data de Realização
67-Data de Realização
68-Data de Realização
69-Data de Realização
70-Data de Realização
71-Data de Realização
72-Data de Realização
73-Data de Realização
74-Data de Realização
75-Data de Realização
76-Data de Realização
77-Data de Realização
78-Data de Realização
79-Data de Realização
80-Data de Realização
81-Data de Realização
82-Data de Realização
83-Data de Realização
84-Data de Realização
85-Data de Realização
86-Data de Realização
87-Data de Realização
88-Data de Realização
89-Data de Realização
90-Data de Realização
91-Data de Realização
92-Data de Realização
93-Data de Realização
94-Data de Realização
95-Data de Realização
96-Data de Realização
97-Data de Realização
98-Data de Realização
99-Data de Realização
100-Data de Realização