OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7711743	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205270580001101	POS REDE PRESTADORA	TROMBINI EMBALAGENS SA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JONATHA LUCAS DA SILVA 21/08/1986	( ) -	JONATHA LUCAS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	FACES SERVICO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	10449	RS	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
92719074004	ELISANGELA DUTRA DOSSIN	10449	RS	

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405 (I) 81000375-RME
(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
(I) 81000375-RPD

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	00	81005	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	17/07/20		
2	00	81037	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	17/07/20		
3	00	81037	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	17/07/20		
4	00	81037	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	17/07/20		
5	00	81037	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	17/07/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
17/07/20	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	134,00	0,00	

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 dos maxilares, lesões e detecção de doenças; presença de cáries.

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
17/07/20 Elisângela D. Dossin	17/07/20 Elisângela D. Dossin	17/07/20	

FACES
SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

facesodontoldgmail.com - www.facesradiologia.com.br

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: Jonatan Data: 17/07/20
Dr. (a): Flavia Correa 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:

- ☐ Com medidas
- ☐ Em oclusão
- ☐ Imagens em CD- arquivos Dicom
- ☐ E-mail:

* 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: Presença de cáries.

Dra. Flávia C. de Corrêa
Cirurgiã Dentista
CRO 11667

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☑ Panorâmica ☑ Topo
  ☐ Oclusão
  ☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de:
- ☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: Condições dos maxilares
- ☐ Telerradiografia: ☐ Frontal ☐ Lateral ☐ C7 ☐ Sem Análise ☐ Análise Especificar a Análise:
- ☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
- ☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal

Outra Técnica:

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

INTERCÂMBIO

2-Nº 340675

5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7711743
7-Data Validade da Senha: 14/10/20
PRESTADORA
10-Empresa: TROMBINI EMBALAGENS SA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Telefone
15-Nome do titular do plano: JONATHA LUCAS DA SILVA
21/08/1986