

2-Na



52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



314903
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012 4-Data de Autorização 19/10/2012 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7573421 7-Data Validade da Sentença 17/10/2012

8-Dados do Beneficiário 9-Plano 10-Empresa 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIELE DE AQUINO RODRIGUES 23/06/1999 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano LEANDRO VIEIRA RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atribuição 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 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000375-RPD (1) 81000375-RME (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPE 21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 91271190741004 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 30-Franquia / Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Classe 42-Assinatura

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 Classe	42-Assinatura
1-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	19/05/20	X	
2-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	19/05/20	X	
3-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	19/05/20	X	
4-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	19/05/20	X	
5-000181000375												
6-000181000375												
7-000181000375												
8-000181000375												
9-000181000375												
10-000181000375												
11-000181000375												
12-000181000375												
13-000181000375												
14-000181000375												
15-000181000375												

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/05/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 56,00 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

Procurador de Justiça

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/05/2012 X Elisângela D. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/05/2012 X Elisângela D. 52-Data, local e Assinatura da Beneficiária / Responsável 19/05/2012 X Gabriela de Pa. Rodrigues 53-Data, local e Cartão da Empresa

Assinatura

Assinatura

Telefones: (54) 3261-3313 / (54) 3035-3013

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º andar - Centro - Farroupilha
facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: Gabriele de Aguiar Rodrigues Data: 19/05/20
Dr. (a): Kelen Aranda Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

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: _____ | |

*Perquisa de
caries.*

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: _____ | |