



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



402827
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 12/11/10	4-Data de Autorização 12/3/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987275	7-Data Validade da Senha 12/10/11
--------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101210215121705181000006404	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JOSAINÉ REGINA WERLANG RAMOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDO RAMOS
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICOS DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 10449	19-UF RS	20-Código CBO S 09	25-Código ONES 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 91217119107140014	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código ONES Enviar - RX (1) 81000375-RME (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPE
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S (1) 81000375-RPD
---	---------------------------	-------------	-------------------------------------

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 Glosa	42-Assinatura
1-0101	811000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	7,8	10,00	0,00	0,00	11/11/11		
2-0101	811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,0	10,00	0,00	0,00	11/11/11		
3-0101	811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,0	10,00	0,00	0,00	11/11/11		
4-0101	811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,0	10,00	0,00	0,00	11/11/11		
5-0101	811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,0	10,00	0,00	0,00	11/11/11		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 134,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Data e assinatura na guia original nº 295661 (em anexo)

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/04/2013 4-Data de Autorização 10/05/2013 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7449847 7-Data Validade da Sentença 10/12/2016 8-Data Validade da Guia 10/12/2016

295661
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/2012 5 2 7 0 5 8 0 0 0 0 6 4 0 4 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSAINE REGINA WERLANG RAMOS 14-Telefone () - 15-Nome do titular do plano FERNANDO RAMOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RU 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 Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191271910740104 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD

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-Ítem	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	0	8 1 0 0 0 4 0 5				7 8,00	0,00					X (RMD)
2-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
3-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
4-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
5-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
6-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
7-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
8-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
9-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
10-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
11-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
12-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
13-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
14-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)
15-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4,00	0,00					X (RMD)

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/2010 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 3 4,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação: Declaro, que após ler e compreender o presente documento, concordo com os procedimentos e valores aqui 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: Jossiane Regina Werlang Ramos

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/2010 Curitiba D. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2010 Curitiba D. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2010 Jossiane Regina Ramos 53-Data, local e Cópia da Empresa

Assinatura

Assinatura

Paciente: JOSIANE REGINA WERLANA LAMOS Data: 05 / 03 / 20

Dr. (a): Dr. Luis Gustavo Feltrin Fone: _____

Cirurgião Dentista

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISICÕES

Exames entregues em: () CD
(x) Filme radiográfico
(x) 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: <u>AVULSÃO INICIAL E PESQUISA DE CARIÊS</u> | | |
| ☐ 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: _____ | | |