

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/2019 4-Data de Autorização 17/09/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7877064 7-Data Validade da Senha 15/11/2020

376668
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102012527058000025502 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDUARDA DE BAIRROS PRACE 26/01/1999 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano DOUGLAS PRACE

Dados do Contratado 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-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1912719074004111

22-Nome do Contratado Executante

ELISANGELA DUTRA DOSSIN

25-Nome do Profissional Executante

ELISANGELA DUTRA DOSSIN

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

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 Guia	42-Assinatura
1-010	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7	8,00	0,00	51408,00				X
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 11/09/2020 44-Tipo de Atendimento 12 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 2 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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 dos maxilares

50-Data, Local e Assinatura do Consultado - Dentista Solicitante

11/09/2020 X Elisângela D. Dossin

51-Data, Local e Assinatura do Consultado - Dentista

11/09/2020 X Elisângela D. Dossin

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/09/2020 X Eduarda de Bairros Prace

53-Data, Local e Carimbo da Empresa



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Telefones: (54) 3241-3313 / (54) 3035-3013

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

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: Eduarda de Baires Prace Data: 15/09/20
Dr. (a): _____ 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
☐ Com medidas
☐ Em oclusão
☐ Imagens em CD- arquivos Dicom
☐ E-mail: _____
☐ 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
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
Decíduos
D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75
☐ Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos
☐ Região: _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

Cristiane C. Ferronato

CRO 13.399

CPF 638962300-34

Rua de Castilhos, 1123 Sl. 17 Gal. Central
Farroupilha - RS

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