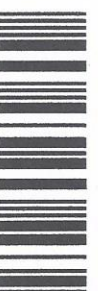


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



406660
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/210	4-Data de Autorização 12/8/11 01/210	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8002826	7-Data Validade de Seria 12/5/11 01/211
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120125270580000004801	9-Plano 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
MARCELO BACH

05/06/1977

14-Telefone
(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano
MARCELO BACH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adm. em nome a RN N	17-Nome do Profissional Solidário 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 191271190740004111	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código CNES (1) 81000405	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-Denti/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
1-010181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00	0,00	5			
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												

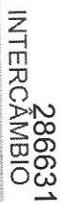
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	-----------------------------	---

49-Observação

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.

Carla e Assinatura na guia original nº 286631 (em anexo).

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
---	---	---	-------------------------------------

2-N⁺

Dados do Beneficiário

MARCELO BACH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Arrendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA
---------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	92719074004
22-Nome do Contratado Executante	ELISANGELA DUTRA DOSSIN

26-Nome do Profissional Executante
ELISANGELA DUTRA DOSSIN

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição
10.008.10.00.40.51		RADIOGRAFIA PANORÂMICA

[illegible]

3. _____

[illegible][illegible][illegible]

8

— 6 —

A vertical number line with a '10' at the top and a horizontal line at the bottom. The line is divided into 10 equal segments by tick marks.

[illegible]

13

14

15

4-3-Data Prevista 1-Exame Odontológico 2-Exame Radiológico 3-0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s).

49-Observação

1

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

33-Data, local e cammino da imprese

Dorin

born

Paciente: MARCELO BACH Data: 25/02/20
Dr. (a): Dr. Luis Gustavo Feltrin Fone: _____
Cirurgião Dentista

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

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: _____
- ☐ 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
Interproximais: ☐ Molares Direito ☐ Molares Esquerdo
☐ Pré-Molares Direito ☐ Pré-Molares Esquerdo
☐ Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos
☐ Região: _____
- Decíduos
D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

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
☐ C7 Especificar a Análise: _____
☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
Outra Técnica: _____