

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11/11/2101	4-Data de Autorização 12/3/11/11/2101	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8080278	7-Data Validade de Seria 12/11/02/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

425414
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101021025321294400101011017	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRACE CONSULTORIA E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-----------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome DEBORA DE LIMA PRACE	07/07/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FRANCELI PRACE
---------------------------------	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9271190174004	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código CNES 09	26-Valor 025 -
--	---	---------------------------	-------------	----------------------	-------------------

28-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S	30-Franchisa/Co-participação R\$ Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD (I) 81000405 (I) 81000375-RME (I) 81000421
---	---------------------------	-------------	-----------------	--

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
1-0	01	81000375-RMD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
2-0	01	81000375-RPD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
3-0	01	81000375-RME	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
4-0	01	81000375-RPE	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
5-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
6-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
7-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
8-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
9-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
10-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
11-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
12-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
13-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
14-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		
15-0	01	81000375-RPSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	23/11/20		

43-Data Previsto Término do Tratamento 23/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 148,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 no 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
Cirurgia de maxilares, pesquisa de glosa, lesão da fratura.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/20 Elisângela D.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 Elisângela D.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 Elisângela D. Sra.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---

Rosini

Rosini



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Fone: (54) 3261 3313 - 3035 3013

Celular: (54) 98438 5460 - 99617 3066

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º Andar - Centro - Farroupilha/RS

facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

Facebook: @faces.radiologia Instagram: @faces.radiologia

Responsável Técnica:
Elisângela Dutra Dossin

Paciente: Debora Prace

Data: 23/11/20

Dr.(a): Flavia cones CRO: _____ Fone: _____

E-mail: _____

☐ SOLICITO NOVO
BLOCO DE REQUISIÇÕES

(ou baixe diretamente em nosso site
www.facesradiologia.com.br)

Forma de Envio dos exames:

☐ CD ☐ Filme radiográfico ☐ Papel Fotográfico

☐ Transferência de arquivo via web/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 |
| D | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | E |

- ☐ ATM - oclusão e abertura máxima
☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos
☐ Pesquisa de fratura radicular no dente
☐ Avaliação dos canais radiculares no dente
☐ Colocação de implantes (se desejar medidas em região dentada, especificar)
☐ Avaliação da condição do implante
☐ Biomodelo
☐ Cirurgia Guiada
☐ Periodontia
☐ Avaliação Patológica
☐ Cirurgia Sorriso Gengival
☐ Outros _____

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

[Assinatura]
Dra. Flavia C. de Cordeiro
Cirurgia Dentária
CRO 11667

* Prezado colega, caso haja necessidade de visualização dos ramos mandibulares, por gentileza, mencione no pedido. Nesse caso, serão realizadas incidências complementares.

ODONTOLOGIA DIGITAL - Escaneamento intraoral (CS 3600 - Carestream)

- ☐ Imagens via web / arquivo STL ☐ Sem Impressão 3D do modelo ☐ Com Impressão 3D do modelo

Finalidade: _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCALIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☒ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região dos dentes: _____

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: condições dos maxilares

- ☐ Telerradiografia ☐ Frontal ☐ Sem Análise
☐ Lateral ☐ Análise Especificar a Análise: _____
☐ C7

- ☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
☐ Análise cervical para cálculo da idade óssea
Outra Técnica: _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS DIGITAIS

- ☐ Exame Periapical completo
☐ Exame Periapical completo com Interproximais
☐ Radiografia Periapical

Permanententes
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 E

fratura, lesão

Decíduos
D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75 E

Interproximais: ☒ Molares Direito ☐ Molares Esquerdo
☒ Pré-Molares Direito ☐ Pré-Molares Esquerdo

Finalidade:

pesquisa de cáries.

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- ☐ Documentação Ortodôntica Básica
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos Digitais.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem modelos
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar) e 6 Fotos.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem impressões
Exames radiográficos e modelos sem impressão, somente via web.
- ☐ Documentação Ortodôntica Completa
Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, Interproximais de molares e pré molares, 8 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação Personalizada Dr(a) _____

Informar os exames necessários para sua documentação:

Exame(s) a ser(em) incluído(s) na documentação:

- ☐ Análise Cervical
☐ Radiografia da mão e punho
☐ Fotos oclusais
☐ Periapicais dos incisivos
☐ Tele Frontal
☐ C7

Outro exame: Especificar _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Adenóides | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3° Ms | ☐ Rickets Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Análise Facial Perfil | ☐ Idade Óssea | ☐ Rickets Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni | ☐ USP |
| ☐ Delmanto | ☐ McNamara | ☐ Schwartz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Modelos | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☐ AO - BO |

Outra: _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h40
Tarde (segunda a quinta-feira): 13h30 às 18h30
Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h

Caro Paciente: Os valores informados por telefone serão confirmados na recepção.