

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

354977
INTERCÂMBIO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 4-Data de Autorização 12/11/08 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7778941 7-Data Validade da Sentença 10/09/11

8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00020252705800000000006903 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 CRISTIANE GOBBI STUDINSKI 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano RUDINEI STUDINSKI

16-Andamento 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-Valor Faturar Empresa 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192719074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 29-Código CBO S 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Valor Faturar Empresa 025 -

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Valor Faturar Empresa 025 -

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
1-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
2-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
3-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
4-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
5-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
6-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
7-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
8-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
9-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
10-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
11-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
12-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
13-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
14-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
15-00	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00

43-Dados Provisão, Tipo do Tratamento 12/08/20 44-Tipo de Atendimento 12 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 4 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 56,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00

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 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.

Pequena de socorro.

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/20 51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/20 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/20 53-Dados, local e Carimbo da Empresa



INTERCAMBIO
354977

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão do Guia
11/10/2010

4-Data de Autorização
12/10/2010

5-Sentia
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7778941

7-Data Validade da Sentia
09/11/2010

8-Número da Carteira
000210252705800000069031

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 do titular do plano
RUDINEI STUDINSKI

13-Nome
CRISTIANE GOBBI STUDINSKI

19/01/1987

14-Telefone
() - - - - -

99617-3066

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

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

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Paciente: CRISTIANE GOBBI Data: 12/08/20

Dr. (a): Marcela Guimarães Soares Fone: _____

Cirurgiã-Dentista

CRB 17446/RS - CPF: 007910930-69

() 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: pesquisa de cáries

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: _____

45-Total Franquia / Co-participação R\$

46-Motivo da Glor 42-Assinatura

47-Motivo da Glor 42-Assinatura

48-Motivo da Glor 42-Assinatura

49-Motivo da Glor 42-Assinatura

50-Motivo da Glor 42-Assinatura

51-Motivo da Glor 42-Assinatura

52-Motivo da Glor 42-Assinatura

53-Motivo da Glor 42-Assinatura

54-Motivo da Glor 42-Assinatura

55-Motivo da Glor 42-Assinatura

56-Motivo da Glor 42-Assinatura

57-Motivo da Glor 42-Assinatura

58-Motivo da Glor 42-Assinatura

59-Motivo da Glor 42-Assinatura

60-Motivo da Glor 42-Assinatura

61-Motivo da Glor 42-Assinatura

62-Motivo da Glor 42-Assinatura

63-Motivo da Glor 42-Assinatura

64-Motivo da Glor 42-Assinatura

65-Motivo da Glor 42-Assinatura

66-Motivo da Glor 42-Assinatura

67-Motivo da Glor 42-Assinatura

68-Motivo da Glor 42-Assinatura

69-Motivo da Glor 42-Assinatura

70-Motivo da Glor 42-Assinatura

71-Motivo da Glor 42-Assinatura

72-Motivo da Glor 42-Assinatura

73-Motivo da Glor 42-Assinatura

74-Motivo da Glor 42-Assinatura

75-Motivo da Glor 42-Assinatura

76-Motivo da Glor 42-Assinatura

77-Motivo da Glor 42-Assinatura

78-Motivo da Glor 42-Assinatura

79-Motivo da Glor 42-Assinatura

80-Motivo da Glor 42-Assinatura

81-Motivo da Glor 42-Assinatura

82-Motivo da Glor 42-Assinatura

83-Motivo da Glor 42-Assinatura

84-Motivo da Glor 42-Assinatura

85-Motivo da Glor 42-Assinatura