

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



349093
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2003	4-Data de Autorização 31/10/2003	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 349093	7-Data Validade da Guia 12/11/2003
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 010202527114600000402	9-Plano PRIME COPAY	10-Empresa ESCRITORIO CONTABIL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde
---	------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---

13-Nome LUIZ HENRIQUE DE BONA	14-Teléfono () - - - - -	15-Data Validade da Carteira / /	16-Data Validade da Guia 10/02/2003	17-Data Validade da Guia / /
----------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------

18-Endereço do Contratado / Responsável pelo Tratamento FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	19-Endereço do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	20-Código CBO S 09	21-Código CBO S 025 -
---	---	-----------------------	--------------------------

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 92719074004	23-Endereço do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	24-Número no CRO 10449	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
--	---	---------------------------	---

26-Endereço do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7	2,00	3,456			31/07/2003		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 31/07/2003	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 34,56	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(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.

49-Observação
Avaliação geral.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/07/2003 - Elisângela D. Bortu	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/2003 - Elisângela D. Bortu	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/2003 - Luis H. De Bona	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

odontologia

31/10

desto 10:00

R\$ 65,00

FACES

SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Dr. Luciano Angelo Padua
Cirurgião Dentista - CRO 9446
CPF 380.260.150-53
Fone: (54) 3268 2341

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

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

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: Luís Henrique de Bona Data: 30/07/20
Dr. (a): Luciano Padua Fone: _____

() 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: _____ | |

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- | | | |
|--|--|------------------|
| ☒ Panorâmica | ☐ Topo | |
| | ☐ Oclusão | |
| | ☐ Para Implante (com traçado computadorizado) | Região de: _____ |
| ☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: <u>Avaliação geral.</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: _____ | | |

34,56 NO CARTÃO DE CÉDITO