

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/17 12/10 4-Data de Autorização 12/10/17 12/10 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7724671 7-Data Validade da Santa 12/10/17 10/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210252705800000070003 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CARLOS EDUARDO ALBINO PRUX 06/06/2006 14-Telefone 15-Nome do titular do Plano AGAMENON PRUX

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19127119074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 025- Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Ali	40- Data de Realização	41- Motivo da Glor	42- Assinatura
1- 0 0 1 3 4 8		DOC ORTODONTICA "E"		1	12 6 7, 0 0	0, 0 0	15 22, 0 5 1 20					
2- 0 0 1 3 4 8												
3- 0 0 1 3 4 8												
4- 0 0 1 3 4 8												
5- 0 0 1 3 4 8												
6- 0 0 1 3 4 8												
7- 0 0 1 3 4 8												
8- 0 0 1 3 4 8												
9- 0 0 1 3 4 8												
10- 0 0 1 3 4 8												
11- 0 0 1 3 4 8												
12- 0 0 1 3 4 8												
13- 0 0 1 3 4 8												
14- 0 0 1 3 4 8												
15- 0 0 1 3 4 8												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/10/17 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 12 6 7, 0 0 47-Valor Total R\$ 10, 0 0 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

Colocação de aparelho ortodontico

50-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante

12/10/17 17 12 10 ELISANGELA D.

51-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista

12/10/17 17 12 10 ELISANGELA D.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/10/17 17 12 10 AGAMENON PRUX

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/10/17 17 12 10

Doutor

Doutor

343583
INTERCAMBIO

(54) 3261-3313 / (54) 3035-3013
 Rua, 12 - Sala 201 - 2º andar - Centro - Farroupilha
 facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br
 Elisângela Dutra Dossin
 CD Radiologista CRORS 10449
 Responsável Técnica

Nome: Carlos Eduardo A. P. P. P. Data: 22/07/20
 Fone: _____
 Exames entregues em: ☐ CD
☐ Filme radiográfico
☐ E-mail: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- ☐ Maxila completa
 - ☐ Mandíbula Completa (sem visualização dos ramos)*
 - ☐ Hemi-arcada
 - ☐ Localizada (indique as regiões a serem realizadas):
 sup. D. () sup. E () inf. D () inf. E ()
 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
 - ☐ 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)
- ☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: _____
- ☐ Telerradiografia: ☐ Frontal ☐ Sem Análise
- ☐ Lateral ☐ Análise
- ☐ C7
- ☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
- ☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
- Outra Técnica: _____
- Região de: _____
- Especificar a Análise: _____

52-Dati, local e Assinatura do Especialista / Responsável
Dr. Carlos Eduardo A. P. P. P.
 53-Dati, local e Carimbo da Empresa

na apresentação, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em
 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

45-Tipo de Faturamento
☒ 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US
 2 6 7 1 0 1 0
 47-Valor Total R\$
 0 1 0 1 0
 48-Valor Franquia / Co-participação R\$

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

Encaminhar Documentação por: ☐ Pasta ☐ CD ☐ E-mail: _____

- ☒ Documentação Ortodôntica Básica
Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ 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 para Cirurgia Ortognática
Panorâmica, Tele Lateral, Tele Frontal, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, 8 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação para Implantodontia
Panorâmica para implante com traçado computadorizado, Radiografia periapical da região de _____ e Modelos de estudo.

Exames Opcionais para as Documentações:

- ☐ Radiografia da mão e punho
- ☐ Fotos oclusais Outras: _____
- ☐ Periapicais dos incisivos
- ☐ Tele Frontal
- ☐ Tele Lateral
- ☐ Com Análise - especificar: _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Adenóides | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3º Ms | ☐ Rickets Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Análise Facial Perfil | ☐ Idade Óssea | ☐ Rickets Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni | ☒ USP |
| ☐ Delmanto | ☐ McNamara | ☐ Schwarz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Bolton | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☐ AO-B0 |

Outra: _____

colocação de aparelho ortodôntico

EXAMES COMPLEMENTARES

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| ☐ Modelos de Estudo | ☐ Fotos Intrabucais (3) | ☐ Outro |
| ☐ Modelos de Trabalho | ☒ Fotos Oclusais (2) | |
| ☐ Fotos Extrabucais (3) | ☐ Fotos dos Modelos (5) | |

SERVIÇOS ON-LINE : Acesse suas imagens radiográficas on-line. Informe-se!
Caro Paciente: Os valores informados por telefone são aproximados.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h45

Tarde (segunda a quinta-feira): 13h30 às 18h30

Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h

OBS: Foto do sorriso, sem afastador
incluir a base do nariz.