

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



402794
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012		4-Data de Autorização 12/11/2012		5-Seria AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7987141		7-Data Validade da Seria 12/11/2012			
8-Número da Carteira 10102102512705181010101218103				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 PAMELA JENIFER DE SOUZA ONZI				29/06/1994		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano FLAVIO HENRIQUE DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICOS DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 10449		19-UF RS		20-Código CBO S 09		25-Enviar - RX Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 912711907410041111		22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		23-Número no CRO 10449		24-UF RS		25-Código CNES (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RME					
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-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 Glcra	42-Assinatura	
1-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00						
2-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00						
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 Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1									1-Total 2-Parcial	128,00	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.

49-Observação
Data de assinatura na guia original nº 312590 (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
11/11/11	11/11/11	11/11/11	11/11/11

2-N



312590
INTERCÂMBIO

Portum

Paciente: AMAZIA ONZI Data: 12/05/20
Dr. (a): Marcela Guimarães Soares Fone: _____
Cirurgiã-Dentista
CRO 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: _____ Presença 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: _____