

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



401697
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10/12/10	4-Data de Autorização 12/12/10/12/10	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7982287	7-Data Validade da Setor 12/10/10/11/21
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1010210215127105180101017212121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome KAMILLY GABRIELLY RAUCHKOB	18/12/2004	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCIO RAUCHKOB
---------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 10449	19-UF RS	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 8100405
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19127119074004111	22-Nome do Contratado Executante ELSANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código CNES (1) 8100405
--	--	---------------------------	-------------	-------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ELSANGELA 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 Glosa	42-Assinatura
1-10	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,810,00	0,10,00	51324,10,20				
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 22/10/2010	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 2-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7,810,00	47-Valor Total R\$ 0,10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	------------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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

condição dos mandados

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/2010 Elisângela D. Dossin	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2010 Elisângela D. Dossin	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2010	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
--	--	---	--



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

f /faces.radiologia

@faces.radiologia

Responsável Técnica:

Elisângela Dutra Dossin

Paciente: KAMILLY PAULATIKOB

Data: 22/10/20

Dr.(a): Marcela Guimarães Soares

CRO:

Fone:

E-mail:

Cirurgiã-Dentista

☐ SOLICITO NOSSO 17446/RS - CPF: 007910930-69

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
☐ Inf. D

☐ Sup. E
☐ 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
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:

* 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 EXTRABUCAIS 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