



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Telefones: (54) 3261-3313 / (54) 3035-3013
Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º andar - Centro - Farrroupilha
facesodontof@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: MARLEI CRISTINA STASOZAK Data: 01/10/20
Dr. (a): Dr. Luis Gustavo Feltrin Fone: _____

Cirurgião Dentista

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISICÕES Exames entregues em: () CD
(X) Filme radiográfico
(X) E-mail: _____

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: _____

- Com medidas
- Em oclusão
- Imagens em CD- arquivos Dicom
- E-mail: _____

* 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: PRIMEIRO RELATOU DOR

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- Panorâmica Topo
- Oclusão
- Para Implante (com traçado computadorizado) Região de: _____
- Motivo da solicitação / breve história clínica: AVULSÃO INICIAL
- 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: _____



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019
 4-Data de Autorização 10/11/2019
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7919045
 7-Data Validade da Senha 12/11/2019
 8-Número da Guia 386325
 9-Intercâmbio

8-Numero da Carteira 01020215217058100001120011
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARLEI CRISTINA STASCZAK
 28/06/1975
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano MARLEI CRISTINA STASCZAK

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Agendamento a RN
 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICOS DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA
 18-Numero no CRCO 10449
 19-UF RS
 20-Código CBO S 09
 025 - Faturar Empresa
 Enviar - RX
 (1) 81000405
 (1) 81000421-RIS
 (1) 81000421-

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 1927119107401041
 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN
 23-Numero no CRCO 10449
 24-UF RS
 25-Código CNES
 26-Numero do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN
 27-Numero no CRCO 10449
 28-UF RS
 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentor/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Anl 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentor/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Anl	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	810100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			01/10/20		Elon
2-00	810100421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00			01/10/20		Elon
3-00	810100421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	14,00	0,00			01/10/20		Elon
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/10/20
 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Esqueleto Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1 1 0 6 0 0
 46-Total Quantidade US 1 0 0 0
 47-Valor Total R\$ 0,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Decido, 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. Declino, 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 inicial, investigação dos meus exames superiores.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 01/10/2019
 Elisângela D. Dossin
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 01/10/2019
 Elisângela D. Dossin
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 01/10/2019
 Marlei Cristina Staszak
 53-Bank, local e Cartão da Empresa