



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão de Guia
11/7/10 12/11

4-Data de Autorização
11/7/10 12/11

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8302928

7-Data Validade da Guia
11/8/10 15/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0101201215217015180000001913011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TROMBINI EMBALAGENS SA

11-Data Validade da Carteira
11/11/10 11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JULIANO ZANONI

27/07/1983

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
JULIANO ZANONI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO
10449

19-UF
RS

20-Código CBO S
09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
912711907400411

22-Nome do Contratado Executante
ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO
10449

24-UF
RS

25-Código CNES
Enviar - RX
(1) 81000375-RMD (1) 81000375-RME
(1) 81000375-RPD (1) 81000421-RII
(1) 81000375-RPE

26-Nome do Profissional Executante
ELISANGELA DUTRA DOSSIN

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
1-010	81101010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	10,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00
2-010	81101010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	10,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00
3-010	81101010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	10,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00
4-010	81101010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	10,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00
5-010	81101010421	RX PERIAPICAL	RII	1	14,00	10,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/10/2011	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	17,00	17,00	0,00							

49-Observação

pesquisa de glosa ou prateria

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/10/2011 Elisangela D. Dentin

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/2011 Elisangela D. Dentin

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/10/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Dental Uni

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:

Juliano Zanoni

Data: 11/02/21

Dr.(a):

Verônica Givelli

CRO:

Fone: 3268 4625

E-mail:

☐ SOLICITO NOVO 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 ☐ Sup. E
☐ Inf. D ☐ 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 E
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

- ☐ 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

* 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: _____

- ☐ 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 _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS DIGITAIS

- ☐ Exame Periapical completo
☐ Exame Periapical completo com Interproximais
☒ Radiografia Periapical

Permanentes
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 E

Decíduos
D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75 E

Interproximais: ☒ Molares Direito ☒ Molares Esquerdo
☒ Pré-Molares Direito ☒ Pré-Molares Esquerdo

Finalidade:

pesquisa de cárie ou fratura

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- ☐ Documentação Ortodôntica Básica
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos Digitais.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem modelos
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar) e 6 Fotos.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem impressões
Exames radiográficos e modelos sem impressão, somente via web.
- ☐ 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 Personalizada Dr(a) _____

Informar os exames necessários para sua documentação:

Exame(s) a ser(em) incluído(s) na documentação:

- ☐ Análise Cervical
☐ Radiografia da mão e punho
☐ Fotos oclusais
☐ Periapicais dos incisivos
☐ Tele Frontal
☐ C7

Outro exame: Especificar _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Adenóides | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3° Ms | ☐ Rickets Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Análise Facial Perfil | ☐ Idade Óssea | ☐ Rickets Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni | ☐ USP |
| ☐ Delmanto | ☐ McNamara | ☐ Schwartz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Modelos | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☐ AO - BO |

Outra: _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h40

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

Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h

Caro Paciente: Os valores informados por telefone serão confirmados na recepção.