



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Telefones: (54) 3261-3313 / (54) 3035-3013

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º andar - Centro - Farroupilha
facesodontof@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: BERNARDETE DE LOULLES BOTH Data: ____/____/____

Dr. (a): Dr. Luis Gustavo Feltrin Fone: _____

Cirurgião Dentista

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

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
- 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 | |
- ☐ Com medidas
- ☐ Em oclusão
- ☐ Imagens em CD- arquivos Dicom
- ☐ E-mail: _____
- ☐ 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
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 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 | |
- Decíduos
- | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| D | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | E |
| | 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: PERIAPICAL DE CARIES

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☒ Topo
- ☐ Oclusão
- ☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de: _____
- ☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: ANÁLISE INICIAL
- ☐ Telerradiografia: ☐ Frontal ☐ Sem Análise
- ☐ Lateral ☐ Análise
- ☐ C7
- Especificar a Análise: _____
- ☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
- ☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
- Outra Técnica: _____

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/01/09 4-Data de Autorização 10/11/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7923644 7-Data Validade da Guia 12/01/12

386807
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202527112400080201 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BERNARDETE DE LOURDES BOTH 14-Telefone 07/11/1969 15-Nome do titular do plano BERNARDETE DE LOURDES BOTH

16-Matrimônio 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 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 927219074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD 26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,80	0,00			01/10/20		
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1		14,00	0,00			01/10/20		
3-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1		14,00	0,00			01/10/20		
4-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1		14,00	0,00			01/10/20		
5-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1		14,00	0,00			01/10/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/10/20 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 134,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(ram) 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.

Assinatura do paciente, responsável de saúde.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/10/2010 X Elisângela D. Barros 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/10/2010 X Elisângela D. Barros 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/10/2010 X Bernadete de Lourdes Both 53-Data, local e Carimbo da Empresa