

REQUISICAO DE EXAMES

Sr.(a) VIVIANE MACIEL:
802.133.400-20

Para um melhor acompanhamento do seu caso, solicitamos que providencie a(s) seguinte(s)
radiografia(s) relacionada(s):

Radiografias iniciais

Rx panorâmica com finalidade de diagnostico de terceiros molares

DENTAL UNI

Endereço:

Telefones:

CERTIFIQUE SE COM SEU PLANO QUAL CLINICA RADIOLOGIA ESTA CREDENCIADO NO
MOMENTO

Obs. Mandar as Radiografias por e-mail


Dr. Carina R.P. Balbinot
CRO/RS 12743
CPF 806181140-15

Caxias do Sul
54 32152746
54 991245688

Nova Petrópolis
54 32814168
54 991257132

2-N⁺524257
INTERCÂMBIO

30 October

Declaro, que após ter sido devidamente orientado(a) pelo(a) profissional habilitado(a) para a elaboração do presente documento, declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados de acordo com a legislação vigente e com os custos conforme previsto em contrato.

43-Data Previsão Término do Tratamento
15/04/2017

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergencial

45-Tipo de Faturamento	1-Total	2-Parcial
1-Valor	1000000	1000000
2-Valor	1000000	1000000
3-Valor	1000000	1000000
4-Valor	1000000	1000000
5-Valor	1000000	1000000
6-Valor	1000000	1000000
7-Valor	1000000	1000000
8-Valor	1000000	1000000
9-Valor	1000000	1000000
10-Valor	1000000	1000000
11-Valor	1000000	1000000
12-Valor	1000000	1000000
13-Valor	1000000	1000000
14-Valor	1000000	1000000
15-Valor	1000000	1000000
16-Valor	1000000	1000000
17-Valor	1000000	1000000
18-Valor	1000000	1000000
19-Valor	1000000	1000000
20-Valor	1000000	1000000
21-Valor	1000000	1000000
22-Valor	1000000	1000000
23-Valor	1000000	1000000
24-Valor	1000000	1000000
25-Valor	1000000	1000000
26-Valor	1000000	1000000
27-Valor	1000000	1000000
28-Valor	1000000	1000000
29-Valor	1000000	1000000
30-Valor	1000000	1000000
31-Valor	1000000	1000000
32-Valor	1000000	1000000
33-Valor	1000000	1000000
34-Valor	1000000	1000000
35-Valor	1000000	1000000
36-Valor	1000000	1000000
37-Valor	1000000	1000000
38-Valor	1000000	1000000
39-Valor	1000000	1000000
40-Valor	1000000	1000000
41-Valor	1000000	1000000
42-Valor	1000000	1000000
43-Valor	1000000	1000000
44-Valor	1000000	1000000
45-Valor	1000000	1000000
46-Valor	1000000	1000000
47-Valor	1000000	1000000
48-Valor	1000000	1000000
49-Valor	1000000	1000000
50-Valor	1000000	1000000
51-Valor	1000000	1000000
52-Valor	1000000	1000000
53-Valor	1000000	1000000
54-Valor	1000000	1000000
55-Valor	1000000	1000000
56-Valor	1000000	1000000
57-Valor	1000000	1000000
58-Valor	1000000	1000000
59-Valor	1000000	1000000
60-Valor	1000000	1000000
61-Valor	1000000	1000000
62-Valor	1000000	1000000
63-Valor	1000000	1000000
64-Valor	1000000	1000000
65-Valor	1000000	1000000
66-Valor	1000000	1000000
67-Valor	1000000	1000000
68-Valor	1000000	1000000
69-Valor	1000000	1000000
70-Valor	1000000	1000000
71-Valor	1000000	1000000
72-Valor	1000000	1000000
73-Valor	1000000	1000000
74-Valor	1000000	1000000
75-Valor	1000000	1000000
76-Valor	1000000	1000000
77-Valor	1000000	1000000
78-Valor	1000000	1000000
79-Valor	1000000	1000000
80-Valor	1000000	1000000
81-Valor	1000000	1000000
82-Valor	1000000	1000000
83-Valor	1000000	1000000
84-Valor	1000000	1000000
85-Valor	1000000	1000000
86-Valor	1000000	1000000
87-Valor	1000000	1000000
88-Valor	1000000	1000000
89-Valor	1000000	1000000
90-Valor	1000000	1000000
91-Valor	1000000	1000000
92-Valor	1000000	1000000
93-Valor	1000000	1000000
94-Valor	1000000	1000000
95		

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

CENTRO BUCAL

PRO DENT

Clínica

Rua Paulo Broilo, 831 E - Bairro Centro

Fone: (54) 3268-3017

E-mail: pbaclinica@gmail.com

95180-000 - Farroupilha - RS

Paciente: _____ Data: ____/____/____

Dr.(a) _____ Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÃO

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

LUCIANO EDUARDO PUHL
CIRURGIA BUCOFACIAL E PERIODONTIA
CRO RS 10854

- ☐ Levantamento Periapical
☐ Levantamento Periapical com Interproximais
☐ Radiografia Periapical ☐ Com Distorção
- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 |
| 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 ☐ Esquerdo
 Pré-Molares ☐ Direito ☐ Esquerdo

☐ Técnica de Localização de dentes retirados e/ou corpos estranhos

Região _____

- ☐ Oclusal ☐ Maxila ☐ Cêntrica ☐ Direita ☐ Esquerda
☐ Mandíbula ☐ Lateralizada

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

- ☒ Panorâmica ☒ Topo ☐ Oclusão

Motivo da solicitação / breve história clínica Revisão geral

☐ Panorâmica para Implante

Região de: _____

☐ Panorâmica com 4 Interproximais ☐ Telerradiografia Frontal

☐ Telerradiografia Lateral ☐ Análise ☐ Sem análise

Especificar a Análise: _____

☐ ATM (Boca Aberta e Fechada) ☐ Waters

Outra Técnica: _____

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



527488
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/04 4-Data de Autorização 11/09/04 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8498918 7-Data Validade da Senha 11/08/01 12/02/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527112400073301 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

CLINICE DOS SANTOS JAKUES 08/09/1969 14-Telefone () - 15-Nome do titular do plano CLINICE DOS SANTOS JAKUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 09 25-Data Validade da Senha 025 - 26-Enviar - RX Enviar - RX (1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

19127119074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES (1) 81000405

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 Glosa	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,8,0,0	0,00			11/09/04		clínice
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento

11/09/04 12-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 7,8,0,0

47-Valor Total R\$

0,00 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 er 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

revisão geral

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/09/04 12-1-Elisangela D. Dutra

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/09/04 12-1-Elisangela D. Dutra

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/09/04 12-1-Jakeline Jacques

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/11

Receituário

Solicito Rx periapical
dos elementos 13 e 14.

está com dor
revoluções

→ Focos

- 32 616613

- 996173066


Amanda K. Navarini
Cirurgiã - Dentista
CRO/RS 24899

25/03/21

amanda.navarini@hotmail.com



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 4-Data de Autorização 12/12/10 5-Semta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8511610 7-Data Validade da Semta 12/11/10 12-11/10 12-11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100120125127111300000111011 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BIGFER MADEIRAS LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-11/10 12-11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CESAR SANTO FERRAZZA DE CASTRO 01/11/1963 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano CESAR SANTO FERRAZZA DE CASTRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA 18-Número no CRO 10449 19-UF RS 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1912711907400141 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 101000421- 26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 025- Faturar Empresa Enviar - RX

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	081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	51221014121	PPPP			
2-1												
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 Prevista Término do Tratamento 12/10/11 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 14,00 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(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

exco con dor, ovulacao

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/12/10 11/12/10 Elisângela D. Dossin

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/12/10 11/12/10 Elisângela D. Dossin

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/12/10 11/12/10 P. P. P. P.

53-Data, local e Carimbo de Empresa

Receituário

Solicito Rx panorâmica
a beneficiária Somonto.

- FACES

32616613

996173066

avaliar dos

Amândia K. Navarin
Cirurgia - Dentista
CRO/RS 24899

amanda.navarin@hotmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



525454
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/10 14:12:11	4-Data de Autorização 11/06/10 14:12:11	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8491062	7-Data Validade da Sanha 11/05/10 17:12:11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10002102527112400086301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome SAMANTA ANTUNES RODRIGUES SILVEIRA	25/04/1992	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano SAMANTA ANTUNES RODRIGUES SILVEIRA
---	------------	------------------------------	---

16-Atendimento 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 (0) 81000405
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191271907140041	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código CNES	26-Valor RS
--	---	---------------------------	-------------	----------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	81000405										
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/06/10 12:11	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 1781010	47-Valor Totál R\$ 101010	48-Totál 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 no 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.

avaliação dos custos

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/10 11:11:11 <i>Elisângela D. Dutra</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/10 11:11:11 <i>Elisângela D. Dutra</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/10 11:11:11 <i>Samanta Antunes</i>	53-Data, local e Carimbo 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: Juliano Zanoni Data: 19/04/21

Dr.(a): Micheline Alberti CRO: _____ Fone: _____

E-mail: Cirurgia Bucomaxilofacial

☐ SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES CRO-RS 12.497 Forma de Envio dos exames:
☐ CD ☐ Filme radiográfico ☐ Papel Fotográfico
(ou baixe diretamente em nosso site www.facesradiologia.com.br) ☐ 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
8	7	6	5	4	3	2	1

1	2	3	4	5	6	7	8
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: anal xiso
☐ 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 _____



1-Registro ANS 406414	3-Data de emissão da Guia 20/04/2011	4-Data de Autorização 20/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8500075	7-Data Validade da Senha 19/07/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Dia Validade da Carteira	12-Número do Cartão
002025217058000009301	POS REDE PRESTADORA	TROMBINI EMBALAGENS SA	1/1/1	

13-Nome	JULIANO ZANONI
14-Telefone	27/07/1983
15-Nome do titular do plano	JULIANO ZANONI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	92719074004
22-Nome do Contratado Executante	ELISANGELA DUTRA DOSSIN

26-Nome do Profissional Exercitante	27-Número no CRO	28-U-	29-Código UBO S
ELISANGELA DUTRA DOSSIN	10449	RS	

Plano de Tratamiento / Procedimientos 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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	78,00	0,00	0,00		5/20/2014	22	X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
20/04/2014

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
78,00

47-Valor Total R\$
0,00

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 (e/s) procedime(n)to(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 assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

David C. Jones

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 Caimbo da Empresa
12/01/10 14/11/11 Forquimengue D.	12/01/11 14/11/11 Forquimengue D.	12/01/10 14/11/11	11/11/11

Dasthi

Dorlin

Paciente: Regério Copetti Simões Data: 25/02/21
Dr. (a): _____ Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

Exames entregues em: () CD
() Filme radiográfico
() 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
☐ 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 X 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

- Interproximais: ☐ Molares Direito ☐ Molares Esquerdo
☐ Pré-Molares Direito ☐ Pré-Molares Esquerdo
☐ Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos
☐ Região: avaliação do caso

Cristiane C. Ferronato
CRD-13.399
CPF 638962300-34
Rua da República, 1123 Sl. 17 Gal. Central
Rio de Janeiro - RJ

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

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: _____



Integrabilidade para a CDS 2017

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



534014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 4-Data de Autorização 12/06/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8621706 7-Data Validade da Sentia 12/05/10 17/12/11

8-Data de Benefício

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa BIGGER INDUSTRIA E COMERCIO

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROGERIO COPETTI SIMOES

21/03/1990

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ROGERIO COPETTI SIMOES

16-Abandono a RN

17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

18-Número no CRO 10449

23-Número no CRO 10449

19-UF RS

24-UF RS

20-Código CBO S 09

25-Código CNES

26-UF RS

27-Número no CRO 10449

28-UF RS

29-Código CBO S

30-Valor RS

31-Franchisa/Co-participação R\$

32-Aut 40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

33-Dente/Roçelo

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut 40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Tipo de Faturamento

45-Total Quantidade US

46-Valor Total R\$

47-Total Franchisa / Co-participação R\$

31-Código do Procedimento 32-Descrição RX PERIAPICAL

33-Dente/Roçelo

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut 40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Tipo de Faturamento

45-Total Quantidade US

46-Valor Total R\$

47-Total Franchisa / Co-participação R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Valor Total R\$

52-Valor Total R\$

53-Valor Total R\$

54-Valor Total R\$

55-Valor Total R\$

56-Valor Total R\$

57-Valor Total R\$

58-Valor Total R\$

59-Valor Total R\$

60-Valor Total R\$

61-Valor Total R\$

62-Valor Total R\$

63-Valor Total R\$

64-Valor Total R\$

65-Valor Total R\$

66-Valor Total R\$

67-Valor Total R\$

68-Valor Total R\$

69-Valor Total R\$

70-Valor Total R\$

71-Valor Total R\$

72-Valor Total R\$

73-Valor Total R\$

74-Valor Total R\$

75-Valor Total R\$

76-Valor Total R\$

77-Valor Total R\$

78-Valor Total R\$

79-Valor Total R\$

80-Valor Total R\$

81-Valor Total R\$

82-Valor Total R\$

83-Valor Total R\$

84-Valor Total R\$

85-Valor Total R\$

86-Valor Total R\$

87-Valor Total R\$

88-Valor Total R\$

89-Valor Total R\$

90-Valor Total R\$

91-Valor Total R\$

92-Valor Total R\$

93-Valor Total R\$

94-Valor Total R\$

95-Valor Total R\$

96-Valor Total R\$

97-Valor Total R\$

98-Valor Total R\$

99-Valor Total R\$

100-Valor Total R\$

101-Valor Total R\$

102-Valor Total R\$

103-Valor Total R\$

104-Valor Total R\$

105-Valor Total R\$

106-Valor Total R\$

107-Valor Total R\$

108-Valor Total R\$

109-Valor Total R\$

110-Valor Total R\$

111-Valor Total R\$

112-Valor Total R\$

113-Valor Total R\$

114-Valor Total R\$

115-Valor Total R\$

116-Valor Total R\$

117-Valor Total R\$

118-Valor Total R\$

119-Valor Total R\$

120-Valor Total R\$

121-Valor Total R\$

122-Valor Total R\$

123-Valor Total R\$

124-Valor Total R\$

125-Valor Total R\$

126-Valor Total R\$

127-Valor Total R\$

128-Valor Total R\$

129-Valor Total R\$

130-Valor Total R\$

131-Valor Total R\$

132-Valor Total R\$

133-Valor Total R\$

134-Valor Total R\$

135-Valor Total R\$

136-Valor Total R\$

137-Valor Total R\$

138-Valor Total R\$

139-Valor Total R\$

140-Valor Total R\$

141-Valor Total R\$

142-Valor Total R\$

143-Valor Total R\$

144-Valor Total R\$

145-Valor Total R\$

146-Valor Total R\$

147-Valor Total R\$

148-Valor Total R\$

149-Valor Total R\$

150-Valor Total R\$

151-Valor Total R\$

152-Valor Total R\$

153-Valor Total R\$

154-Valor Total R\$

155-Valor Total R\$

156-Valor Total R\$

157-Valor Total R\$

158-Valor Total R\$

159-Valor Total R\$

160-Valor Total R\$

161-Valor Total R\$

162-Valor Total R\$

163-Valor Total R\$

164-Valor Total R\$

165-Valor Total R\$

166-Valor Total R\$

167-Valor Total R\$

168-Valor Total R\$

169-Valor Total R\$

170-Valor Total R\$

171-Valor Total R\$

172-Valor Total R\$

173-Valor Total R\$

174-Valor Total R\$

175-Valor Total R\$

176-Valor Total R\$

177-Valor Total R\$

178-Valor Total R\$

179-Valor Total R\$

180-Valor Total R\$

181-Valor Total R\$

182-Valor Total R\$

183-Valor Total R\$

184-Valor Total R\$

185-Valor Total R\$

186-Valor Total R\$

187-Valor Total R\$

188-Valor Total R\$

189-Valor Total R\$

190-Valor Total R\$

191-Valor Total R\$

192-Valor Total R\$

193-Valor Total R\$

194-Valor Total R\$

195-Valor Total R\$

196-Valor Total R\$

197-Valor Total R\$

198-Valor Total R\$

199-Valor Total R\$

200-Valor Total R\$

201-Valor Total R\$

202-Valor Total R\$

203-Valor Total R\$

204-Valor Total R\$

205-Valor Total R\$

206-Valor Total R\$

207-Valor Total R\$

208-Valor Total R\$

209-Valor Total R\$

210-Valor Total R\$

211-Valor Total R\$

212-Valor Total R\$

213-Valor Total R\$

214-Valor Total R\$

215-Valor Total R\$

216-Valor Total R\$

217-Valor Total R\$

218-Valor Total R\$

219-Valor Total R\$

220-Valor Total R\$

221-Valor Total R\$

222-Valor Total R\$

223-Valor Total R\$

224-Valor Total R\$

225-Valor Total R\$

226-Valor Total R\$

227-Valor Total R\$

228-Valor Total R\$

229-Valor Total R\$

230-Valor Total R\$

231-Valor Total R\$

232-Valor Total R\$

233-Valor Total R\$

234-Valor Total R\$

235-Valor Total R\$

236-Valor Total R\$

237-Valor Total R\$

238-Valor Total R\$

239-Valor Total R\$

240-Valor Total R\$

241-Valor Total R\$

242-Valor Total R\$

243-Valor Total R\$

244-Valor Total R\$

245-Valor Total R\$

246-Valor Total R\$

247-Valor Total R\$

248-Valor Total R\$

249-Valor Total R\$

250-Valor Total R\$

251-Valor Total R\$

252-Valor Total R\$

253-Valor Total R\$

254-Valor Total R\$

255-Valor Total R\$

256-Valor Total R\$

257-Valor Total R\$

258-Valor Total R\$

259-Valor Total R\$

260-Valor Total R\$

261-Valor Total R\$

262-Valor Total R\$

263-Valor Total R\$

264-Valor Total R\$

265-Valor Total R\$

266-Valor Total R\$

267-Valor Total R\$

268-Valor Total R\$

269-Valor Total R\$

270-Valor Total R\$

271-Valor Total R\$

272-Valor Total R\$

273-Valor Total R\$