



292932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/01 4-Data de Autorização 12/11/03/20 5-Senha AGUARDANDO 6-Número da Guia Principal 292932 7-Data Validade da Senha 12/11/01 5/12/01

8-Número da Carteira 000201252711240002186011 9-Plano PRIME COPAY 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROSINEI LEANDRO ZAGO 14-Telefone 26/08/1977 15-Nome do titular do plano ROSINEI LEANDRO ZAGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento 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 09 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 927190741004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código ONES Enviar - RX (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
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,20	3,45			27/03/20		X Recebido
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 27/03/20 44-Tipo de Atendimento 2 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 2 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 10,00 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: Paciente com dor no lado esquerdo da cabeça (em ambos os lados) e dor no lado direito da cabeça. Paciente com dor no lado esquerdo da cabeça (em ambos os lados) e dor no lado direito da cabeça.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/03/20 Elisângela D. Dutra 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/03/20 Elisângela D. Dutra 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/03/20 Rosinele Leandro Zago 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Boleto

Ouvidoria: 0800 725 7474

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE BOLETO

29/02/2020
CONVENIO:
OPERADOR:

08:33:37
000656810
Josue

PAGAMENTO EM ESPECIE: SIM

LINHA DIGITAVEL DO CODIGO DE BARRAS
03399.26222 88200.000003
05423.201010 7 81880000003456

INSTITUICAO EMISSORA
NOME DO BANCO: BANCO SANTANDER S. A.

BENEFICIARIO
NOME FANTASIA: ODONTO LIFE ASSISTENCIA O
RAZAO SOCIAL: ODONTO LIFE ASSISTENCIA OD
CPF/CNPJ: 01.468.033/0001-23

PAGADOR
NOME/RAZAO SOCIAL: ROSINEI LEANDRO ZAG
CPF/CNPJ: 739.190.040-00

PAGADOR FINAL / EFETIVO
TELEFONE: 00-00
VALOR NOMINAL: R\$ 34,56
VALOR CALCULADO: R\$ 34,56
JUROS: R\$ 0,00
IOF: R\$ 0,00
MULTA: R\$ 0,00
DESCONTO: R\$ 0,00
ABATIMENTO: 09/03/2020
DATA DO VENCIMENTO: 29/02/2020
DATA DO PAGAMENTO: R\$ 34,56
VALOR DO PAGAMENTO:

NSU ORIGEM: 063629
NSU SISTEMA: 000938853

OPERACAO REALIZADA COM SUCESSO

CAIXA AQUI
A CAIXA EM TODO O BRASIL
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informar nes,
reclamar nes, sugestoes e elogios)

Para pessoas com deficiencia auditiva ou
de fala: 0800 726 2492



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

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

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: Rosinei da Silva Data: 27/03/20
Dr. (a): Kelen Gomalo 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 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: _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☒ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de: _____
☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: Primeira consulta.
☐ 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: _____