

2-N



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/5/11/1/2/0	4-Data de Autorização 10/6/11/1/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8027892	7-Data Validade da Senha 10/3/10/2/2/1
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira	000202527112400030502
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	BIGGER INDUSTRIA E COMERCIO
11-Data Validade da Carteira	___/___/___
12-Número do Cartão	

13-Nome LARISSA HENIKA DE JESUS	07/03/2013
14-Telefone () -	
15-Nome do titular do Plano KELI GISLAINE HENIKA DE JESUS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendizado a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Código CRO S
N	FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	10449	RS	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	19 2 7 1 9 0 7 4 0 0 4
22-Nome do Contratado Excecuinte	ELISANGELA DUTRA DOSSIN
23-Número no CRO	10449
24-UF	RS
25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405

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

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- Anl	40- Data de Realização	41- Médico da Gêse	42- Assinatura
1-0 0 0 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA				1 7 8 10 0	0 0 0		5	06/11/20		<i>Frederico</i>

Handwriting practice sheet for the letter 'e'. The page contains 15 rows of lines for writing. The first row is labeled '2.' and the last row is labeled '15.'. A small diagram shows the stroke order for writing the letter 'e'.

43-Data Previsto Término do Tratamento	06/11/20
44-Tipo de Atendimento	2
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1
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\$	0,00

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.

49-Observação

gender des mandanten.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	10/06/11/11/2011	Fluimiguel P. D.
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/06/11/11/2011	Fluimiguel P. D.
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/06/11/11/2011	X Kelly G. H. de 1992
53-Dia, local e Carimbo de Empresa	11/11/11/11/11	

Boyer

FACES

SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Fone: (54) 3261 3313 - 3035 3013
Celular: (54) 98438 5460 - 99617 3066
Rua Rui Bartosa, 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: Flavia Corrae

Data: 06/11/20

Dr.(a): Flavia Corrae

CRO: _____

Fone: _____

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
8 7 6 5 4 3 2 1 | 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:

Dra. Flavia C. de Corrae
Cirurgia Dentista
CRO 11657

* 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 EXTRABUCALIS DIGITAIS

☒ Panorâmica

☒ Topo

☐ Oclusão

☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região dos dentes:

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: condições dos maxilares

☐ 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 _____