

Paciente: Amelmo Belle de Souza Data: 23/04/20
 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	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	

 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: condições dos maxilares
☐ Telerradiografia: ☐ Frontal ☐ Sem Análise
☐ Lateral ☐ Análise
☐ C7
☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
 Outra Técnica: _____

1-Registro ANS 408414
 2-Data de Emissão da Guia 12/8/10/14/12/01
 3-Data de Autorização 10/6/10/15/12/01
 4-Sentença AUTORIZADO
 5-Plano PRIME COPAY
 6-Endereço 66.100.14.070
 7-Telefone 14.100.14.070
 8-Número da Guia Principal 309095
 9-Data Validade da Sentença 12/7/10/7/12/01
 10-Data Validade da Carteira 12/7/10/7/12/01
 11-Data Validade da Carteira 12/7/10/7/12/01
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

2-Nº

309095
 INTERCÂMBIO



41-Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura
 25/12/20 Amelmo Belle de Souza
 25/12/20 Amelmo Belle de Souza
 43-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 44-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 45-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 46-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 47-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 48-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 49-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 50-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 51-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 52-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 53-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 54-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 55-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 56-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 57-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 58-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 59-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____
 60-Total Franquia / Coparticipação R\$ _____

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



309095
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/04		4-Data de Autorização 06/05/05		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 309095		7-Data Validade da Senha 12/07/12	
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0102025271124000339011		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 ANCELMO BELLE DE SOUZA	
14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ANCELMO BELLE DE SOUZA		16-Atendimento a RN FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA		17-Nome do Profissional Solicitante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		18-Número no CRO 10449		19-UF RS	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 912711910740104		21-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		22-Número no CRO 10449		23-Código CNES Envia/r - RX (1) 81000405		24-UF RS		25-Código CBO S 09	
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\$		31-Aut 40-Data de Realização 06/05/20	
32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA LEVANTAMENTO		33-Dente/Região 11		34-Face 1		35-Qtd 17		36-Quantidade US 12,00		37-Valor 34,56	
38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guisa		42-Assinatura			

30-1-Tabelei	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 Guisa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	11	1	17	12,00	34,56	06/05/20	1	06/05/20	Assinatura	
2-0	10100294	LEVANTAMENTO	11	1	20	6,00	98,88	06/05/20	1	06/05/20	Assinatura	
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 06/05/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 278,00	47-Valor Total R\$ 133,44	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto 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.

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
02/12/04 X Elisangela D. Bastin

Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/05/05 X Elisangela D. Bastin

Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/05/05 X Elisangela D. Bastin

Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/05/05 X Elisangela D. Bastin