

64 65
74 75

CHO

Followed

Email:

**SOLICITO NOVO
BLOCO DE REQUISIÇÕES**

(ou baixe diretamente em nosso site
www.farestradologia.com.br)

Exercício 1. Resolva os exames:

File radiographs

Transferência de arquivo via web/e-mail:

 Papel Fotográfico

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- Mandíbula completa (sem visualização dos ramos)*

☐ Localizada

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
D	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 Gingival
- ☐ Outros

Motivo da solicitação do exame: Informações clínicas

* Pretendo coletar, caso haja necessidade de visualização dos ramos mandibulares, por exemplo, evidências no maxilar. Nesse caso, serão realizados levantamentos 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:

- ☐ Telerradiografia ☐ Frontal ☐ Sem Análise
☐ Lateral ☐ Análise Especificar a Análise
☐ Cx

Ata (Boca Aberta e Fechada)

Radiografia da Mão e Punho (L)

Análise cervical para cálculo da

Quinn Tamm

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

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

Finalidade: Fratura, cavidade ou lesão

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- ☐ Documentação Ortodôntica Básica
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos Digitais.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem modelos
Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar) e 6 Fotos.
- ☐ Documentação Ortodôntica Básica sem impressões
Exames radiográficos e modelos sem impressão, somente via web.
- ☐ Documentação Ortodôntica Completa
Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, Interproximais de molares e pré-molares e 8 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação Personalizada Dr(a) _____

Informar os exames necessários para sua documentação:

Exame(s) a ser(em) incluído(s) na documentação:

- ☐ Análise Cervical
- ☐ Radiografia da mão e punho
- ☐ Fotos oclusais
- ☐ Periapicais dos incisivos
- ☐ Tele Frontal
- ☐ C7

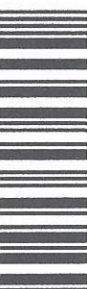
Outro exame: Especificar _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- ☐ Adenóides
- ☐ Análise Facial Frontal
- ☐ Análise Facial Perfil
- ☐ Bimétrico
- ☐ Downs
- ☐ Erupção 3° Molar
- ☐ Índice Ocular
- ☐ Índice de Protrusão
- ☐ Perfil
- ☐ Rickets Frontal
- ☐ Rickets Lateral
- ☐ Simétrico
- ☐ Treliça
- ☐ Tipos
- ☐ Unilateral
- ☐ Unilateral

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



381841
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 9/12/10		4-Data de Autorização 12/3/10 9/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7899592		7-Data Validade da Senha 12/2/11 2/12/10	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 100210252711124000765011		9-Piloto POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome QUEZIA MONDO DA SILVA		29/09/1998		14-Telefone		15-Nome do titular do plano QUEZIA MONDO DA SILVA					
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		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 912171191074004		22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		23-Número no CRO 10449		24-UF RS		25-Código CNES			
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 1-00	31-Código do Procedimento 811000421	32-Descrição RX PERIAPICAL	33-Dente/Região RMID	34-Face 1	35-Cid 1	36-Quantidade US 14,00	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut 123109120	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento 23/09/20		44-Tipo de Atendimento 2 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\$ 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 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: fratura, cárie ou lesão.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/09/20 Rio de Janeiro D. Barros	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/20 Rio de Janeiro D. Barros	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20 Xênia J. L. de Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------