

Dia 07/05 - 18h



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

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: Jacir Viecelli Data: 12/05/20
Dr. (a): Marcos A. B. B. B. Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES Exames entregues em: () CD
() Filme radiográfico
() E-mail: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- ☐ Maxila completa ☐ Com medidas
☐ Mandíbula Completa (sem visualização dos ramos)* ☐ Em oclusão
☐ Hemi-arcada ☐ Imagens em CD- arquivos Dicom
sup. D. () sup. E () inf. D () inf. E () ☐ E-mail: _____
☐ 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 Decíduos
D 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E
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 ☐ 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: Deteção
☐ 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
Outra Técnica: _____

OdontoLife®

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



311424
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 07/05/20
4-Data de Autorização 12/05/20
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 311424
7-Data Validade da Senha 05/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527112400039001

9-Plano PRIME COPAY

10-Empresa BIGGER INDUSTRIA E COMERCIO

11-Data Validade da Carteira 11/10/1969

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JACIR VIECELLI

14-Telefone

15-Nome do titular do plano JACIR VIECELLI

Realização 41- Motivo da Guia 42- Assinatura

5/20

[Assinatura]

48- Total Franquia / Co-participação R\$

5
O assistente e arcar com os custos previstos em
tratado que assina esse documento, os valores

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



311424
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/07/05		4-Data de Autorização 11/12/05		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 311424		7-Data Validade da Guia 10/05/08		
8-Número da Carteira 00202527112400039001		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 JACIR VIECCELI		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JACIR VIECCELI		16-Data Validade do Plano						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 10449		19-UF RS		20-Código CBO S 09		025 -		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 92719074004		22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		23-Número no CRO 10449		24-UF RS		25-Código CNES 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1			72,00	34,56			12/05/20		
2-												
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 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 72,00 47-Valor Total R\$ 34,56 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-Descrição

Declaração de doença, sequelas e condições dos maxilares

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

05/10/05 ELISANGELA D.

11/12/05/2005 ELISANGELA D.

12/10/05 ELISANGELA D.

11/11/11

Barim

Barim