



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/11 2/12/10 4-Data de Autorização 10/4/11 2/12/10 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8116513 7-Data Validade da Guia 10/3/11 03/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100021025270581000000816011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CHARLES PATZLAFF 14-Telefone 09/10/1986 15-Nome do Titular do plano CHARLES PATZLAFF

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 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) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192719074004 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	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 Glosa	42-Assinatura
1-1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			04/12/10		X
2-1												
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 Prescrição/Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
04/11/2010	2-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	78,00	0,00	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(ram) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Realização geral

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/2010 Curitiba P. D. B. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2010 Curitiba P. D. B. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2010 X Charles Patzlaff 53-Data, local e Contato da Empresa



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Fone: (54) 3261 3313 - 3035 3013
Celular: (54) 98438 5460 - 99617 3066

Rua Rui Barbosa, 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: Charles Potzloff Data: 02 / 12 / 20
Dr.(a): Monica W. Lise CRO: 24653 Fone: 9950
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 E
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

- ☐ 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 _____

* 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: Análise geral
☐ 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: _____

Monica W. Lise
CRO/RS 24653