



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 11/20 4-Data de Autorização 10/09/11 11/20 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8032887 7-Data Validade da Semina 10/07/10 12/12/11

8-Número da Carteira 0101020215271112400006132031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome TAINARA LIMA 14-Teléfono () 14/08/2002 15-Nome do Titular do plano VANIA LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avencimento 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 (I) 81000405 (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1912711910740104 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código ONES 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
1-00	081010104051	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,10	10,10			11/11/20		
2-00	081010103751	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,10	10,10			11/11/20		
3-00	081010103751	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,10	10,10			11/11/20		
4-00	081010103751	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,10	10,10			11/11/20		
5-00	081010103751	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,10	10,10			11/11/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/11/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1134,10 47-Valor Total R\$ 10,10 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Avaliação inicial, pesquisa de gesso.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/11 11/20 Elisângela D. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/11 11/20 Elisângela D. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/11 11/20 Tainara Lima 53-Data, local e Caimbo da Empresa

Doutor

Doutor



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: TAINARA LIMA

Data: 09/11/20

Dr.(a): Dr. Luis Gustavo Feltrin

CRO: _____ Fone: _____

E-mail: Cirurgião Dentista

CRO/RS 23260

☐ 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

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

☐ 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 EXTRABUCAIS DIGITAIS

☒ Panorâmica

☒ Topo

☐ Oclusão

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

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: avaliação inicial

☐ 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 _____

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 E

Decíduos
D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75 E

Interproximais: ☒ Molares Direito ☒ Molares Esquerdo
☒ Pré-Molares Direito ☒ Pré-Molares Esquerdo

Finalidade: pesquisa de cáries

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, 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 | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3º Ms | ☐ Rickets Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Análise Facial Perfil | ☐ Idade Óssea | ☐ Rickets Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni | ☐ USP |
| ☐ Delmanto | ☐ McNamara | ☐ Schwartz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Modelos | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☐ AO - BO |

Outra: _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h40

Tarde (segunda a quinta-feira): 13h30 às 18h30

Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h

Caro Paciente: Os valores informados por telefone serão confirmados na recepção.