



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/2011 4-Data de Autorização 12/08/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8246726 7-Data Validade da Guia 12/08/2011 464853 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202025271124000824011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARILIA BEAL DA SILVA

30/06/1977

15-Nome do titular do plano MARILIA BEAL 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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19127119074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO 10449

24-UF RS

25-Código CNES

Enviar - RX (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000405 (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000421- (I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	81000405			1	7,80	0,00			12/08/2011		Maria
2-0	0	81000375			1	1,40	0,00			12/08/2011		Maria
3-0	0	81000375			1	1,40	0,00			12/08/2011		Maria
4-0	0	81000375			1	1,40	0,00			12/08/2011		Maria
5-0	0	81000375			1	1,40	0,00			12/08/2011		Maria
6-0	0	81000421			1	1,40	0,00			12/08/2011		Maria
7-0	0	81000421			1	1,40	0,00			12/08/2011		Maria
8-0	0	81000421			1	1,40	0,00			12/08/2011		Maria
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento 28/01/21	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 1176,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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, compreendendo-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 fratura no caso.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/01/21 Elisângela D. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/21 Elisângela D. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21 Marília B. de Sá 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Revisar

Revisar

Sá



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: Moulia Selu

Data: 28/01/21

Dr.(a): Flavia Corra

CRO:

Fone:

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
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 Gengival
☐ Outros

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

Flavia C. de Corra
Cirurgia Dentista
CRO 11667

* Prezados colegas, 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:

Avaliação inicial

- ☐ Telerradiografia ☐ Frontal

☐ Lateral

☐ C7

☐ Sem Análise

☐ Análise

Especificar a Análise

- ☐ 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 feições
ou cárie*

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 3° 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.