

## 2-N



350617  
INTERCÂMBIO

### Dados do Beneficiário

|                              |            |     |                     |
|------------------------------|------------|-----|---------------------|
| 13-Nome                      | 30/04/2007 | ( ) | ALINE BECKER TERRES |
| JOAO VICTOR TERRES DO AMARAL |            | ( ) |                     |

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                          |       |        |    |
|------------------------------------------|-------|--------|----|
| 16-Atendimento a RN                      |       |        |    |
| 17-Nome do Profissional Solicitante      | 10449 | RS     | 09 |
| FACES SERVICOS DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA |       |        |    |
| Faturar Empresa                          |       | U.C. - |    |

|                                   |                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 21-Código na Operadora (CNPJ/CPF) | 19                      | 2 | 7 | 1 | 9 | 0 | 7 | 4 | 0 | 0 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22-Nome do Contratado Executante  | ELISANGELA DUTRA DOSSIN |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23-Número do Contrato             | 10449                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24-Valor                          | R\$                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25-Data de Emissão                | 10/04/2020              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                    |       |    |  |
|------------------------------------|-------|----|--|
| 26-Nome do Profissional Exclamante | 10449 | RS |  |
| ELISANGELA DUTRA DOSSIN            |       |    |  |

### 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 |
|------------|---|----------------------------|---------------|------------------|----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|---------------------|----------------|
| 1-0        | 0 | 3                          | 4             | 8                |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 2-         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 3-         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 4-         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 5-         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 6-         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 7-         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 8-         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 9-         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 10         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 11         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 12         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 13         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 14         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 15         |   |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |

43- Data Previsto 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

2 6 7 0 0

47- Valor Total R\$

0 0 0

48- Total Franquia / Co-participação R\$

S 05/08/20

Assinatura

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 a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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

Colectarea de aparute electrice

|                                                               |                                                   |                                                           |                                     |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 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 |
| 05/10/2012 Flávio Augusto P. Pereira                          | 05/10/2012 Flávio Augusto P. Pereira              | 05/10/2012 X Alana B. / 185000                            | 11/11/11                            |



**C.R.I.O.**  
**CENTRO DE RADIOLOGIA**  
**E IMAGENS ORAIS**

**Fone: (54) 3261-3473**

Rua Rui Barbosa, 235, Centro | Sala 02

Galeria Vicenza - Farroupilha - RS

E-mail: crioarroupilha@hotmail.com

Data e Hora do exame:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Paciente: João do Amorim Data de Nasc.: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Dr.(a): Kelen Grando Fone: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_ Data: 05/08/20

( ) Favor enviar requisições

Entregar exames: ( ) no consultório ( ) em CD ( ) E-mail \_\_\_\_\_

**RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS**

☐ Radiografia Periapical: 

|   |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| D | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | E |
|   | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 |  | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |   |
| D | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 |    |    |    |  | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |    |    |    | E |
|   | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 |    |    |    |  | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |    |    |    |   |

☐ Levantamento Periapical Completo

☐ Levantamento Periapical Completo com Interproximais

☐ Interproximais: ☐ Molares ( ) D ( ) E

☐ Pré-molares ( ) D ( ) E

☐ Técnica de Localização (dentes inclusos, corpos estranhos) Região: \_\_\_\_\_

☐ Exame de Radiografia Oclusal: ( ) Maxila ( ) Parcial | Região \_\_\_\_\_  
( ) Mandíbula ( ) Parcial | Região \_\_\_\_\_

**RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS**

☒ Radiografia Panorâmica ☒ Oclusão ( ) Em Oclusão  
( ) Com traçado para implante. Região: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

☐ Telerradiografia ( ) Lateral ( ) Com Análise: \_\_\_\_\_  
( ) frontal ( ) Sem Análise

☐ Panorâmica da ATM (Boca Aberta e Fechada) ☐ Radiografia de Mão e Punho

Outras: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- ☒ **Documentação Ortodôntica I:** Panorâmica, Telerradiografia Lateral, Análises Cefalométricas informadas abaixo, 6 fotos (3 extrabucais e 3 intrabucais) e Modelos de Estudo.
- ☐ **Documentação Ortodôntica II:** Panorâmica, Telerradiografia Lateral, Análises Cefalométricas informadas abaixo, 8 fotos (3 extrabucais e 5 intrabucais) e Modelos de Estudo.

**Encaminhar por:** ☐ CD ☐ Pasta (impressa) ☐ E-mail: \_\_\_\_\_

- Opcionais:** ☒ Fotografias Intrabucais: (✓) Oclusal (Superior e Inferior)  
 (✓) Laterais (Direita e Esquerda)
- ☐ Fotografias Extrabucais: ( ) Frente ( ) Perfil ( ) Sorrindo
- ☐ Modelos ☐ Periapicais Incisivos ☐ Interproximais Molares e Pré-molares
- ☐ Telerradiografia Frontal

**Obs.:** foto de sorriso sem oclusador, incluir a base do nariz

## ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS COMPUTADORIZADAS

- |                                    |                                             |                                           |                                         |
|------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adenoides | <input type="checkbox"/> Idade Óssea        | <input type="checkbox"/> Schwarz          | <input type="checkbox"/> Steiner        |
| <input type="checkbox"/> Bimler    | <input type="checkbox"/> Jarabak            | <input type="checkbox"/> Profis           | <input type="checkbox"/> Trevisi        |
| <input type="checkbox"/> Delmanto  | <input type="checkbox"/> McNamara           | <input type="checkbox"/> Ricketts Frontal | <input type="checkbox"/> Tweed          |
| <input type="checkbox"/> Valieri   | <input type="checkbox"/> Petrovic           | <input type="checkbox"/> Ricketts Lateral | <input type="checkbox"/> Unicamp        |
| <input type="checkbox"/> Downs     | <input type="checkbox"/> Erupção 3º Molares | <input type="checkbox"/> Sassouni         | <input checked="" type="checkbox"/> USP |
|                                    |                                             |                                           | <input type="checkbox"/> USP-UNICAMP    |

**Outras:** Colocação de aparelho ortodôntico

## LOCALIZAÇÃO



**C.R.I.O.**  
CENTRO DE RADIOLOGIA  
E IMAGENS ORAIS

**Fone: (54) 3261-3473**

Rua Rui Barbosa, 235, Centro | Sala 02

Galeria Vicenza - Farroupilha - RS

E-mail: [criofarroupilha@hotmail.com](mailto:criofarroupilha@hotmail.com)

Ago.

