

Paciente: Mara Ruks Data: 02/03/20
Dr. (a): Renata Prestes Martins Fone: 32615530

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES Exames entregues em: () CD
() Filme radiográfico
() 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
☐ 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
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
Interproximais: ☐ Molares Direito ☐ Molares Esquerdo
☐ Pré-Molares Direito ☐ Pré-Molares Esquerdo
☐ Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos
☐ Região: _____

Decíduos

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

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☐ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de: _____
☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: Dor ouvido esquerdo
(ver condíles)
☐ 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: _____

1-Registro ANS 406414
2-Nº _____
3-Data de Emissão da Guia 10/3/03/12/01
4-Data de Autorização 10/3/03/12/01
5-Senha AUTORIZADO 294992
6-Número da Guia Principal
7-Data Validade da Guia 10/1/06/12/01
8-Número da Carteira 10102152711121400001791011
9-Plano PRIME COPAY
10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARA ELAINE MENDES FARIA RUCKS
14-Teléfono (11) 1111111111
15-Nome do titular do plano MARA ELAINE MENDES FARIA RUCKS
08/05/1967

2-Nº



INTERCAMBIO
294992

03/20
41- Motivo da Guia 42-Assinatura
X

48-Total Franquia / Co-participação R\$
56
sional assistente e arcar com os custos previstos e
contratado que assina esse documento, os valores