

NOME DO BENEFICIÁRIO	IDADE	MATRÍCULA																														
SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO																																
<input type="checkbox"/> 210-5 Radiografia Periapical <input type="checkbox"/> 220-2 Bite-Wing (interproximal) <input type="checkbox"/> 225-3 Intra-Oral série completa (mínimo 10 Radiografias) <input type="checkbox"/> 230-0 Radiografia Oclusal <input type="checkbox"/> 253-0 Extra-Oral (Única Radiografia) <input type="checkbox"/> 240-7 Rx Postero-Anterior <input type="checkbox"/> 250-4 Raio X da ATM - série completa (3 incidências) <input type="checkbox"/> 260-1 Radiografia Panorâmica	<input type="checkbox"/> 270-9 Teleradiografia com traçado computador <input type="checkbox"/> 280-6 Teleradiografia sem traçado <input type="checkbox"/> 290-3 Raio X da mão (Carpal) <input type="checkbox"/> 295-4 Documentação Básica (Kit Ortodôntico) <input type="checkbox"/> 300-4 Modelos de estudo (PAR) <input type="checkbox"/> 310-1 Slides <input type="checkbox"/> 320-9 Fotos	Qte. ____ Qte. ____																														
OBSERVAÇÃO: Os procedimentos acima só terão cobertura, para fins ortodônticos, em pacientes com idade a partir de 08 anos até 25 anos incompletos																																
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES																																
ODONTOGRAMA: (Marcar quais os dentes que deverão ser radiografados quando for o caso)	INFORMAÇÕES TÉCNICAS																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">18 17 16 15 14 13 12 11</td> <td style="padding: 5px;">21 22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">48 47 46 45 44 43 42 41</td> <td style="padding: 5px;">31 32 33 34 35 36 37 38</td> </tr> </table>	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	<table border="1" style="width: 100%; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>																											
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28																															
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38																															
JUSTIFICATIVA DO PEDIDO																																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%; height: 20px;"> </td><td style="width: 33%; height: 20px;"> </td><td style="width: 33%; height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>																																
_____ DENTISTA	_____ Nº DO CRO	_____ DATA																														

ANÁLISE

Lined area for analysis notes.

ITAIPU BINACIONAL

FOZ DO IGUAÇU / CURITIBA, ____/____/____

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS AUTORIZADOS / INDEFERIDOS

O(S) SERVIÇO(S) PODERÁ(ÃO) SER EXECUTADO(S), CONFORME QUADRO AO LADO, PELA EMPRESA:

- CEDOFOZ (0xx45) 523.5812
- CEROI (0xx45) 523.5241
- CEDRO (0xx41) 224.3446
- LABRADES (0xx41) 323.4800
- _____
- _____
- _____

ITAIPU BINACIONAL

CÓDIGO(S) AUTORIZADO(S)

CÓDIGO(S) INDEFERIDO(S)

NÃO AUTORIZADO, CONFORME ANÁLISE

NÃO AUTORIZADO, CONFORME INFORMAÇÕES ABAIXO

INFORMAÇÕES AO DENTISTA

Lined area for dentist information.

ITAIPU BINACIONAL

FOZ DO IGUAÇU / CURITIBA, ____/____/____