

Dados do paciente

Nome: n° inscrição:

Data de nascimento: Telefone: e-mail

Justificativa do exame

Informar dados clínicos que justifiquem a realização do exame e resultados de exames anteriores:

Região de interesse

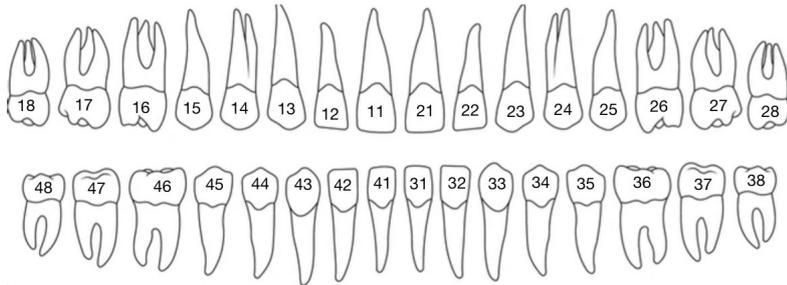
Dente(s)

Maxila Total

Mandíbula Total

ATM 1 incidência

ATM 2 incidências



Forma de entrega do exame

Documento digital Documento físico Outra forma:

Endereço físico ou eletrônico do dentista:

Data

Assinatura e Carimbo do Dentista

Campos exclusivos para auditoria do TRTer Saúde

Com base nos dados apresentados acima, informamos que o exame está:

- Autorizado
 - 270-Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam ate 2 dentes.
 - 271-Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam ate 4 dentes.
 - 272-Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam ate 6 dentes.
 - 273-Tomografia Computadorizada Maxila ou Mandíbula Total.
 - 274-Tomografia Computadorizada da ATM 1 incidência.
 - 275-Tomografia Computadorizada da ATM 2 incidências.

Não autorizado

Justificativa:

- Falta de dados clínicos que comprovem a necessidade do exame.
- Preenchimento incorreto da guia.
- Outros:

Data

Assinatura Auditor

Recurso de glosa: Autorizado Não autorizado

Data:

Observações:

Assinatura Auditor