

SOLICITAÇÃO DE EXAMES RADIOGRÁFICOS

ANS - Nº 34.448-6 CRO/SP 5843

odontobase
PLANO DE SAÚDE BUCAL

Prezado Credenciado:

Para a visualização de regiões específicas, radiografias periapicais e interproximais devem ser executadas em consultório.

Evite exposição desnecessária à radiação:

- Solicite exames radiológicos quando forem imprescindíveis para complementar o diagnóstico.
- O Rx Panorâmico já está incluso na Documentação Ortodôntica.

Prezado Associado:

Envie a imagem desta guia para solicitar a autorização do seu exame. Utilize o nossos canais de atendimento através do e-mail: autoriza@odontobase.com.br ou via whatsapp (13) 97421 1866.

O prazo de autorização é de até 5 (cinco) dias.

A ser preenchido pelo credenciado solicitante

Beneficiário	Número da carteirinha
CPF	Plano
Credenciado	Telefone ()
Clínica radiológica credenciada	Telefone ()

Exames radiológicos solicitados (selecione o exame assinalando com um "x")

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	X
81000405	Radiografia panorâmica sem traçado	
81000294	Telerradiografia (documentação ortodôntica)	
81000472	Radiografia periapical arcos completos	
81000553	Documentação odontológica em mídia	

Justificativa (preenchimento obrigatório):

Obs.: O não preenchimento do campo acima impede a autorização do exame

Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas, responsabilizando-me integralmente pelas mesmas.

Data

Assinatura e carimbo do credenciado solicitante

Para dúvidas, contate nossa central de atendimento, através do tel.: 13 3040 7400.