



## SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Rede Credenciada

Livre Escolha

**SENHA**

DADOS DO PACIENTE		DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA / CLÍNICA	
Nome		CD / Clínica (Solicitante do Exame)	
Identificação		CPF / CNPJ	
Telefone	Idade	Telefone	Especialidade

SOLICITAÇÕES	MOTIVO DA INDICAÇÃO (SEMIOLOGIA)
1	
2	
3	
4	
5	

DECLARAÇÃO	ASSINATURA	
O declarante atesta a veracidade das solicitações acima e se responsabiliza legalmente por inverdades e incorreções que vierem a ser detectadas a qualquer tempo (conforme o disposto no C.E.O., C.D.P.C., C.C., C.P.)		Preenchimento obrigatório do usuário ou responsável
_____ Assinatura / Carimbo do Cirurgião-Dentista	_____ Data	_____ Usuário ou Responsável

Solicitação válida somente se constar o carimbo e a assinatura do Cirurgião-Dentista solicitante

ANS - nº 345695