

**Radiodiagnóstico - Conj. Nacional**

SDN Conjunto Nacional, 4º Andar - Salas 4005 / 4007

Asa Norte - Brasília / DF - CEP: 70.077 - 900

Fone: (061) 3328-9393

PROTOCOLO DE ENTREGA _____

**CONVÊNIO: ODONTOLIFE/
FATURA**

DADOS CONVÊNIO

BRASÍLIA-DF:

PERÍODO REF.:

02/09/2022

TOTAL:

R\$ 115,20

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	08/08/2022	BRUNO SARAIVA DE CASTRO CHAVES	00202503692600	00	R\$ 11,20
2	16/08/2022	WILLIAM SANTOS AKUTSU	S	S	R\$ 22,40
3	19/08/2022	JAIR FERNANDES MOREIRA	00202507811900	00	R\$ 76,00
4	22/08/2022	ANTONIO CEZAR DE PAIVA BENETTI	A	A	R\$ 5,60

Atenciosamente,

PROTOCOLADO

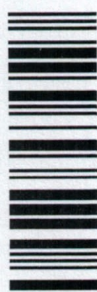
Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



1107531
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2022	4-Data de Autorização 12/10/2022	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10263756	7-Data Validade da Sentença 16/11/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0012025319518000000601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ADVOCACIA GERAL DA UNIAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANTONIO CEZAR DE PAIVA BENETTI	09/05/1966	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANTONIO CEZAR DE PAIVA BENETTI
---	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante MARLI PASCOAL	18-Número no CRO 1834	19-UF DF	20-Código CBO S 09
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26985168000197	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1834	24-UF DF	25-Código CNES 9777385
---	---	--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante JOSE ALTON ALVES LOULY	27-Número no CRO 1543	28-UF DF	29-Código CBO S 09
--	--------------------------	-------------	-----------------------

025 -
Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (61) 983540231, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Conjunto Nacional Brasília, 4005, 4

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gesso	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-00	8100421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	4,00	0,00							
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Prevista Término do Tratamento 22/08/22	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/2022, Dr. J. A. Marinho	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 22/10/2022, Dr. J. A. Marinho	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2022, J. A. Marinho	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Paciente: Antonio Cezar de Paiva Benetti

Solicito radiografia periapical dente 23 para avaliação endodôntico, com tomadas radiográficas orto , mesio e disto radial.

Brasília/DF, 18 de agosto 2022.

Dr. Marcus Mattos Scherrer
Periodontia e Implantodontia
CRO/DF 2096 IE315

SDS Shopping Conjunto Nacional sala 4079, torre amarela
Tel: 61 3963-1415
E-mail : clinidentalle@gmail.com

RECEITUÁRIO

A *João Fernandes*

Adulto

- ① Rx panorâmica, para 3^{as} molares.
- ② Rx inter wing De E de PMV e MV p/ cáries
- ③ Rx panorâmica, para endodontia, dentes 12, 11, 21, 22, 23, 13, 31

Prb 09 / 08 / 2022

Renata Puerta
Cirurgiã-Dentista
CRO-DF 9812

CORP

CRO EPAO 2512 CNPJ 26.842.082-0001/05

SBS QUADRA 2 BLOCO S LOTE 1 NUMERO 14 – ED. EMPIRE CENTER SALA 204

CEP 70070-904 ASA SUL, BRASÍLIA – DF

TEL (61) 3224-7478 WHATSSAP (61) 99202-0019

falecomacorp@gmail.com Instagram: @corpodontologia

2-N^o1088021
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 8/12/2	4-Data de Autorização 11/6/10 8/12/2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10208983	7-Data Validade da Senha 10/1/11 1/2/2
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 000202154232164000116702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO NACIONAL DOS	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome WILLIAM SANTOS AKUTSU	09/10/1989	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIO AKUTSU
----------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARLU PASCOAL	18-Número no CRO 1834	19-Uf DF	20-Código CBO S 09
---	--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2698516800197	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1834	24-Uf DF	25-Código ONES 9777385	26-Nome do Profissional Executante JOSE ALTON ALVES LOULY	27-Número no CRO 1543	28-Uf DF	29-Código CBO S 09
--	---	--------------------------	-------------	---------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-----------------------	---------------

1-000	8100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	1,00	1,61	08/12/22	S	16/08/22	40	
-------	---------	--------------------------	-----	---	-------	------	------	----------	---	----------	----	--

2-000	8100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	1,00	1,61	08/12/22	S	16/08/22	40	
-------	---------	--------------------------	-----	---	-------	------	------	----------	---	----------	----	--

3-000	8100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	1,00	1,61	08/12/22	S	16/08/22	40	
-------	---------	--------------------------	-----	---	-------	------	------	----------	---	----------	----	--

4-000	8100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	1,00	1,61	08/12/22	S	16/08/22	40	
-------	---------	--------------------------	-----	---	-------	------	------	----------	---	----------	----	--

5-000												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6-000												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7-000												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8-000												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9-000												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10-000												
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11-000												
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12-000												
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13-000												
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14-000												
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15-000												
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/22	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 2-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável William Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/22
---------------	---	---	---	---

1088021
INTERCÂMBIO

SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA FINS DE DIAGNÓSTICO.

SOLICITO RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL COM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO DE CÁRIE.

DO PACIENTE WILLIAM SANTOS AKUSTU

YVIA ALMEIDA RODRIGUES
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-DF-4992

BSB, 22 DE JULHO DE 2022.

CONJUNTO NACIONAL - (61) 3326-6131 - Conjunto Nacional - Sala 3038 - Brasília
TAGUATINGA - (61) 3352-3703 - QSB 02 Lote 20 Sala 106 - Taguatinga Sul
CEILÂNDIA - (61) 3373-8900 - CNM 01 Bloco H Sala 206 - Ceilândia Centro
GUARÁ - (61) 3568-6301 - Centro Clinico da Guará - Sala 05 - Guará - DF
SAMAMBAIA - (61) 3358-0073 - QN 312 Conjunto 06 Lote 02 Sala 101 - Samambaia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1086414
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

1-Registro ANS 4006414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/08 8/12/21 4-Data de Autorização 10/8/10 8/12/21 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10204211 7-Data Validade da Semeta 10/1/11 1/2/21

8-Número da Carteira 010202021503692160000185011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa LUVI COMERCIAL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRUNO SARAIVA DE CASTRO CHAVES 16/11/1970 14-Telefone 15-Nome do Titular do Plano BRUNO SARAIVA DE CASTRO CHAVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARIL PASCOAL 18-Número no CRO 1834 19-UF DF 20-Código CBO S 09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12698511680001977 22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA 23-Número no CRO 1834 24-UF DF 25-Código CNES 9777385

26-Nome do Profissional Executante JOSE ALTON ALVES LOULY 27-Número no CRO 1543 28-UF DF 29-Código CBO S 09

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-0	081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00		S	08/08/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/8/08 44-Tipo de Atendimento 21-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 14,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/08 11/22 Dr. Marli Pascoal Radiologista CRO-DF 18334 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/08 11/22 Dr. Marli Pascoal Radiologista CRO-DF 18334 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/08 11/22 53-Data, local e Caminho da Empresa



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Paciente: Bruno Saraiva de Castro Chaves

Solicito radiografia periapical dentes 28 e 38 para avaliação periodontal e endodôntica.

Brasília/DF, 03 de agosto 2022.

Dr. Marcus Mattos Scherrer
Periodontia e Implantodontia
CRO/DF 2096 IE315

SDS Shopping Conjunto Nacional sala 4079, torre amarela
Tel: 61 3963-1415
E-mail : clinidentalle@gmail.com