



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: _____

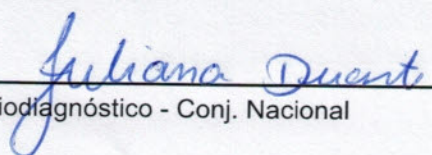
PERÍODO REF.: _____ 01/06/2021

TOTAL: _____ R\$ 128,00

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	08/05/2021	Suianne Oliveira Moreira	12	1	R\$ 39,20
2	27/05/2021	Lilia Cristina Rodrigues	12	12	R\$ 88,80

Rádio Radiodiagnóstico em Odontologia LTDA EPP
CNPJ: 26.985.168/0001-97

Atenciosamente,


Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

PROTOCOLADO

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
10/04/2015

4-Data de Autorização
10/04/2015

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8547867

7-Data Validade da Senha
10/02/2018

540877
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010202507811900287501

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SUANNE OLIVEIRA MOREIRA

19/04/1979

14-Telefone
(61) 320118118

15-Nome do titular do plano
SUANNE OLIVEIRA MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

17-Nome do Profissional Solicitante
Suanne Oliveira

18-Número no CRO
1968 9812

19-UF
DF

20-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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
106691552172

22-Nome do Contratado Executante
JOSE ALTON ALVES LOULY

23-Número no CRO
1543

24-UF
DF

25-Código CBO S
520033

26-Nome do Profissional Executante
JOSE ALTON ALVES LOULY

Mari Perceval

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 Causa	42-Assinatura
1-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
2-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
3-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
4-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
5-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
6-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
7-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
8-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
9-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
10-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
11-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
12-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
13-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
14-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
15-0	01	81101004211	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/05/2015	1	10/05/2015
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$				
10/05/2015	2	1			1-Total 2-Parcial	198,00	0,00	0,00				

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
10/05/2015

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/05/2015

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/05/2015

53-Data, local e Caimbo da Empresa
10/05/2015

Drª Mari Perceval
Radiologista
CRO-DF 1834

RECEITUÁRIO

Suporte de Oclusão

Exatão

① Os principais 15, 24, 34, 33, 32, 42, 47, 11, 21.
Função de apoio e periodontal

BoB 03/05/2021

Renata Puerta
Cirurgiã-Dentista
CRO-DF 9812

CORP

CRO EPAO 2512 CNPJ 26.842.082-0001/05

SBS QUADRA 2 BLOCO 5 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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2015	4-Data de Autorização 12/06/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8622178	7-Data Válida da Senha 12/08/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 7 9 4 5 7 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validação da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome	LILIA CRISTINA RODRIGUES
14-Telefone	() -
15-Nome do titular do plano	LILIA CRISTINA RODRIGUES

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
N	RADIODIAGNOSTICO	1543	DF	09	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Excusante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
10 6 6 9 1 5 5 2 1 7 2 1 1 1		JOSE ALLTON ALVES LOULY	1543	DF	3200531
26-Nome do Profissional Excusante		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
JOSE ALLTON		1543	DF		

30-Ítem	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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	2	9	4				
		LEVANTAMENTO			1		88,80		S	27/05/21		Elia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

23/05/21

2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

1-Total 2-Parcial

222,00

88,80

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	23/10/2011
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	23/10/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	23/10/2011
53-Data, local e Caimbo da Empresa	23/10/2011



RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA

radio@radiodiagnostico.com.br
www.radiodiagnostico.com.br

ASA NORTE

CONJUNTO NACIONAL
SDN, Torre Verde, Salas 4005/4007
Cep: 70077-900 Brasília-DF
Fone: (61) 3328-9393
Fax: (61) 3326-7825
Segunda a Sexta: 8h às 19h
Sábado: 8h às 12h

ASA SUL

CENTRO CLÍNICO SUL
SHLS 716, Conj. L, Torre II, Salas 321/323
Cep: 70390-700 Brasília-DF
Fone: (61) 3963-9898
Fax: (61) 3037-9392
Segunda a Sexta: 8h às 19h
Sábado: 8h às 12h

Paciente Lilia Cristina Rodrigues Fone
D. Nasc. Convênio Fone
Pedido pelo Dr.(a) Marcus Scherrer E-mail
Endereço profissional SON CNB 514079
Finalidade do Exame ☒ Inicial ☐ Controle ☐ Final ☐ Outros

EXAMES RADIOGRÁFICOS

- ☒ Periapical Total
☐ Periapical Total com bite-wing
☐ Periapical (Dentes Assinalados)
☐ Interproximais:
Molares ☐ D ☐ E
Pré-Molares ☐ D ☐ E
☐ Oclusal:
Maxila ☐ Mandíbula
☐ Carpal (idade óssea)
☐ Panorâmica p/ implante - Região:
☐ Panorâmica
☐ P.A. (Telefrontal) ☐ A.T.M.



☐ Telerradiografia: ☐ Com traçado ☐ Sem traçado

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- ☐ 1 pan + tele + modelo + fotos (8)
☐ 2 pan + tele + modelo + fotos (8) + 4 bite wing
☐ 3 pan + tele + modelo + fotos (8) + periapicais (canino a canino)
☐ 4 pan + tele + modelo + fotos (8) + periapicais (canino a canino) + 4 bite wing
☐ 5 pan + tele + modelo + fotos (8) + 14 periapicais + 4 bite wing
Análise Cefalométrica:
☐ USP ☐ Tweed ☐ Profis ☐ Bimler
☐ UNICAMP ☐ Steiner ☐ Laverne e Petrovick ☐ USP/UNICAMP
☐ UNESP ☐ Ricketts ☐ Adenóides ☐ Análise de Modelo
☐ MC Namara ☐ Jarabak ☐ Apnéia do Sono ☐ Análise Facial
Fotografias:
☐ Frente/Perfil (2) ☐ Sorriso (1) ☐ Intra Bucal (3) ☐ Oclusais (2) ☐ Overjet (2) ☐ Perfil Aproximado ☐ Close do Sorriso ☐ Harmonização Facial

MODELOS

- ☐ Modelo de Estudo ☐ Modelo de Trabalho ☐ Placa de Clareamento ☐ Placa de Bruxismo
Escaneamento Intra Oral (Unidade Asa Sul):
☐ ESCANEAMENTO SEM IMPRESSÃO ☐ ESCANEAMENTO COM IMPRESSÃO: ☐ Modelo Impresso em 3D
☐ Modelo Impresso em 3D + Placa de Acetato

Marque os Alinhadores:
☐ Invisaling ☐ Outros (Informar):

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA UNIDADE CONJUNTO NACIONAL

REGIÃO DE INTERESSE

- ☐ Maxila Total ☐ Mandíbula Total ☐ Dentes Assinalados
☐ ATM Bilateral ☐ Ramo Mandibular (direito/ esquerdo)
☐ Seio Maxilar ☐ Seios da Face



PROTOCOLOS

- ☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ TC Print ☐ Dental Slice ☐ Biotomo/Cirurgia Guiada ☐ TC Siso ☐ Tecido Mole

FINALIDADE DO EXAME

- ☐ Implante Dentário ☐ Dente não irrompido ☐ Dente Supranumerário ☐ Periodontia/ Medidas de Tecido Gengival ☐ Área Patológica
☐ Suspeita de Fratura ☐ Exodontia ☐ Enxerto ósseo ☐ Endodontia/ Trepanação/ Localização de conduto ☐ Maturação/Carimbo

Observações Clínicas: Foram entregues as radiografias na clínica.
Para avaliação posterior, sendo enviada a este e
posteriormente recheada

Dr. Marcus Mattos Scherrer
Periodontia e Implantodontia
CRODF 2096 IE 315
24/05/21

Observações Importantes:
* Os valores informados por telefone, serão confirmados com a apresentação do pedido, quando do atendimento.
* Convênio Odontológico: É necessário apresentar receituário do dentista assinado e carimbado.

Envio dos Exames: ☐ CD ☐ E-mail ☐ Dicom ☐ Dental Slice ☐ Bloco de pedido

www.radiodiagnostico.com.br