



Radiodiagnóstico - Asa Sul

SHLS QD 716 Conj. L Torre II Salas 321/323 - Centro Clinico Sul

Asa Sul - Brasília / DF - CEP: 70.390-700

Fone: (061) 3963-9898

PROTOCOLO DE ENTREGA _____

CONVÊNIO: **ODONTOLIFE/**

DADOS CONVÊNIO

FATURA

BRASÍLIA-DF: _____

PERÍODO REF.: _____ 02/09/2022

TOTAL: _____ R\$ 131,20

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	03/08/2022	FLAVIA FERREIRA DA SILVA	00202550214700	1087420	R\$ 11,20
2	26/08/2022	DAUVELINA LUCINDA GOMES	0 0 2 0 2 5 5 0 6	020	R\$ 120,00

Atenciosamente,

PROTOCOLADO

Radiodiagnóstico - Asa Sul

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10207080	7-Data Validade da Senha 01/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

1087420
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0002025021470000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome FLAVIA FERREIRA DA SILVA		14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano FABIO JUNIOR MESQUITA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	18-Número no CRO 1968	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 269185168000197	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1400	14,00	0,00		S	03/08/12	22	Flávia
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1400	14,00	0,00		S	03/08/12	22	Flávia
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Beta	Exame do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Otodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 03/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2012 Radiologista CRO-DF-1968	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2012 Flávia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/2012
---	---	--	---

NOME: *Gláucia Lourenço da Silva* Data: 03 / 08 / 22

Solicitado :

☒ RX PERIAPICAL TOTAL

• PANORÂMICA

☒ RX PERIAPICAL DENTES:

15, 16, 17

• INTERPROXIMAIS

MOLARES () D () E

PRÉ- MOLARES () D () E

SAGS 915 SUL Ed. OFFICE CENTER Bloco B Sala 109

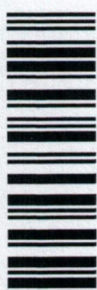
Tel: 3548-7555 / 991844794

cyano.odonto@gmail.com

Dr. Leticia S. de Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO-DF 12643

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 8/12/21 4-Data de Autorização 12/6/10 8/12/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10299995 7-Data Validade da Senha 12/4/11 1/12/21

1120695
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 0 6 1 1 4 0 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DAUVELINA LUCINDA GOMES

24/02/1958

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano DAUVELINA LUCINDA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO 18-Número no CRO 1968 19-UF DF 20-Código CBO S 09 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12 6 9 8 5 1 6 8 0 0 0 1 9 7 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

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

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 0 1 8 1 0 0 0 2 9 4		LEVANTAMENTO		1	1	2 2 2 0 0	0 0 0 0			16/01/11	2011	
2-0 0 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7 8 0 0	0 0 0 0			16/01/11	2011	
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prescrição	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
16/08/11	2-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	3 0 0 0 0	0 0 0 0								

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/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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Arlette Aparecida Gomes ASEVEDO
CRO-DF 1968

Dr. Jose Alton Alves Louly
CRO-DF 1543

sonnalité
Implantodontia e estética do sorriso.

Paciente:

Quercus laurata
10. 10. 2020

Endereco:

Example

Solicitação Dr.(a):

James Bond

Endereço: _____
Solicitação Dr.(a): _____

Soluto R x panorâmica para
valorização periodontal.

Soluto R x periapical tratado
para valorização periodontal

INSTITUTO
Personnalite

Thales Brasil
CBC

CRC-DF 8330

CRC-UF 8330
Especialista em Psicologia

Especialista em Implantodontia - IE 3981
 Mestrado em Implantodontia - IE 3745
 Doutorado em Implantodontia

~~Mestrado em Implantodontia - IE~~
~~Doutorado em Implantodontia~~

Implantodontia

B5B, 24.08.22

© 2022 Pearson Education, Inc. All rights reserved.

STN Ed. Jaime Leal, salas 217 a 220
Asa Norte - Brasília/DF
Fones: (61) 3349-8153
3347-6071

(61) 9 8161-3555
9 8246-3555

9 8161-3555
9 8246-3555

555
555
alite@gmail.com
ania.co

logia.com.br