



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

BRÁSILIA-DF: _____

PERÍODO REF.: **10/06/2020**

TOTAL: **R\$ 88,80**

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	06/05/2020	TELMA DOMINGOS DA SILVA			R\$ 88,80

Atenciosamente,

Radiodiagnóstico - Asa Sul

PROTOCOLADO

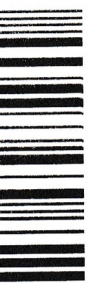
RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240°



309676
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/04 4-Data de Autorização 01/11/05 5-Sistema AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7536702 7-Data Válido da Guia 12/9/07

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120125297753010000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Emissor DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Válido da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome TELMA DOMINGOS DA SILVA 14-Relação () 15-Nome do titular do plano TELMA DOMINGOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO 18-Número no CRO 1968 19-UF DF 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora CNPJ / CPF 9128013288834 22-Nome do Contratado Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO 23-Número no CRO 1968 24-UF DF 25-Código CNES 223260 26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO 27-Número no CRO 1968 28-UF DF 29-Código CBO S 223260 30-Valor 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Reajuste	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Móvil da Clínica	42-Assinatura
1-00	81000294	LEVANTAMENTO		1		22,20	0,00		S		06/05/04	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 06/05/04 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Ortodôntico 2-Exame Radiológico 3-Ortodôntia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 2220 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) 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/05/04 Dr. Arlette A. Silveira Radiologista CRO-DF 1968 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/05/04 Dr. Arlette A. Silveira Radiologista CRO-DF 1968 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 06/11/05/04 X Telma Adelle 53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/05/04 Dr. Arlette A. Silveira Radiologista CRO-DF 1968

ENCAMINHAMENTO

À (Ao) Psiquiatria

Encaminho o (a) paciente

Valma Domingos da Silva

Solicito radiografia periapical do max
ilado com finalidade de diagnóstico de cárie

Agradeço sua atenção e aguardo o parecer.

Brasília, 30 de Jul de 2020.

Dra. Amanda Caroline de M. Andrade
Cirurgiã Dentista

CRP-12.557
Assinatura e Carimbo