

**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 _____

DADOS CONVÊNIO

BRASÍLIA-DF: _____

PERÍODO REF.: 01/04/2021

TOTAL: R\$ 111,20

CONVÊNIO: ODONTOLIFE/
FATURA

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	12/03/2021	NAYARA TAMIRES BARROS LOPES	002025078	00	R\$ 111,20

Atenciosamente,

Radiodiagnóstico - Asa Sul

PROTOCOLADO

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____



475761
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 2 / 2 1	4-Data de Autorização 0 8 / 0 3 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8294830	7-Data Validade da Senha 1 3 / 0 5 / 2 1
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 7 8 1 1 9 0 0 2 5 2 8 0 1			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome NAYARA TAMIRES BARROS LOPES PESSANHA			14-Telefone (6 1) 8 5 5 5 8 3 0 8	15-Nome do titular do plano NAYARA TAMIRES BARROS LOPES PESSANHA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 6 9 1 5 5 2 1 7 2			22-Nome do Contratado Executante JOSE AILTON ALVES LOULY		
26-Nome do Profissional Executante JOSE AILTON ALVES LOULY			27-Número no CRO 1543		
23-Número no CRO 1543			24-UF DF		
25-Código CNES 9999999			29-Código CBO S 09		
28-UF DF			30-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

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO			1	2 2 2 0 0	0 0 0		S	12/03/2021		Arlette A. Marchioni
2-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 0 0	0 0 0		S	12/03/2021		Arlette A. Marchioni
3-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 0 0	0 0 0		S	12/03/2021		Arlette A. Marchioni
4-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 0 0	0 0 0		S	12/03/2021		Arlette A. Marchioni
5-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 0 0	0 0 0		S	12/03/2021		Arlette A. Marchioni
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Pressão Término do Tratamento 12/03/21	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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) 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 12/03/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Arlette A. Marchioni
Radiologista
CRO-DF 1969



OdontoDent

ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

12/02/2021

Maryane Tomelles Bezerra Lopes Pimenta.

Odonto imbolioquofia Puroisimica pura exodontia
de terceiros molares. Radiografia Periapical total e
interproximal direita, esquerda, superior inferior
de pré-molares e molares para tratamento
odontológico.

Dr^a Amanda Teixeira Ferraz
Cirurgiã Dentista
CRO-DF 12491

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 do Guarã - Sala 05 - Guarã - DF
SAMAMBAIA - (61) 3358-0073 - QN 312 Conjunto 06 Lote 02 Sala 101 - Samambaia

www.odontodent.com.br