

**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.: _____

04/11/2022

TOTAL: _____

R\$ 334,40

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	14/10/2022	PRISCILA RABELO DOS SANTOS	00202551290800	00	R\$ 88,80
2	17/10/2022	JANDIMARIA AVELINO SIRQUEIRA	00	00	R\$ 88,80
3	17/10/2022	MARIA DAS GRACAS PAULA DA SILVA	00	0	R\$ 88,80
4	21/10/2022	SANDRA FERREIRA DOS SANTOS DE	00	00	R\$ 31,20
5	29/10/2022	CLAUDIANE DOS SANTOS SALVIANO	0	0	R\$ 5,60
6	31/10/2022	SIDNEI CASSIO N DE SOUZA	00202552468500	0020255246	R\$ 31,20

Atenciosamente,

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

PROTOCOLADO

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____



1171588
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/22	4-Data de Autorização 11/10/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10438298	7-Data Validade da Senha 02/01/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202551290800000101		13-Nome PRISCILA RABELO DOS SANTOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano PRISCILA RABELO DOS SANTOS		07/01/1994	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARLI PASCOAL		18-Número no CRO 1834		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 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 AILTON 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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	14/10/22		Pomb
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/10/22	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 222,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/22 Dr. Arlete A. Marchioni Radiologista CRO-DF 1968	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/22 Pomb	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Paciente: Priscila Rabelo dos Santos

Solicito radiografia periapical total para avaliação periodontal e endodôntica.

Brasília/DF, 04 de outubro 2022.

Dr. Marcus Mattos Scher.
Especialista em Periodontia
Implantodontia
CRO-DF 2096 IE 315

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



1183855
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/22	4-Data de Autorização 17/10/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10472070	7-Data Validade da Senha 11/01/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202551643200000101									
13-Nome JANDIMARIA AVELINO SIRQUEIRA				14-Telefone 11/07/1975		15-Nome do titular do plano JANDIMARIA AVELINO SIRQUEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 1834		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	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARLI PASCOAL							
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 AILTON 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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	17/10/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/10/22	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 222,00	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 17/10/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Marli Pascoal
Radiologista
CRO-DF 1834



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Paciente: Jandimaria Avelino Sirqueira

Solicito radiografia periapical total para avaliação periodontal e endodôntica.

Brasília/DF, 13 de outubro 2022.

Dr. Marcus Mattos Scherrer
Especialista em Periodontia
Implantodontia
CRO-DF 2096 IE 315

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



1179831
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 0 / 1 0 / 2 2	4-Data de Autorização 1 0 / 1 0 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10460860	7-Data Validade da Senha 0 8 / 0 1 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 0 6 1 5 1 0 0 0 0 1 0 9		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DAS GRACAS PAULA DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCIA DORNELLES AMORIM RACHAUS			

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 2 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 AILTON 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-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	0,00		S	17/10/22		<i>M. Graca</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/10/22	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 2 2 0 0	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/22 <i>Dr. Maria Pascoal Radiologista CRO-DF 1834</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / <i>Maria das Gracas</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Paciente: Maria das Graças Paula da Silva

Solicito radiografia periapical total para avaliação periodontal e endodôntica.

Brasília/DF, 05 de outubro 2022.

Dr. Marcus Mattos Schei...
Especialista em Periodontia
Implantodontia
CRO-DF 2096 JS-315

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1182448

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/22	4-Data de Autorização 14/10/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10468359	7-Data Validade da Senha 09/01/23
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253928550000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIANE DOS SANTOS SALVIANO			14-Telefone 06/09/1994	15-Nome do titular do plano CLAUDIANE DOS SANTOS SALVIANO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN 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 AILTON 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			

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	29/10/21		Claudia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/22 Dr. Marli Pascoal Radiologista CRO-DF 1834	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/21 Claudia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Paciente: Claudiane Dos Santos Salviano

ENCAMINHAMENTO

Solicito radiografia periapical do dente 24 e 25 para
avaliação de tratamento e planejamento.

Brasília, 10 outubro de 2022

Drª Lohanna L. Pires

Cirurgiã dentista

CRO – DF 10868

Lohanna L. Pires
Cirurgiã - Dentista Endodontista
CRO - DF 10868

IPO
INSTITUTO PIRES DE ODONTOLOGIA

(61) 3968.6768

(61) 99934.2991

@ipo.odontologia

institutopiresde
odontologia@gmail.com

SDN - Shopping Conjunto Nacional,
Torre Azul, 3º andar, Sala 3049



1184532
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/22	4-Data de Autorização 14/10/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10474011	7-Data Validação da Senha 12/01/23
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202552188000000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SANDRA FERREIRA DOS SANTOS		14-Telefone 29/10/1978 () -	15-Nome do titular do plano SOLANGE FERREIRA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARLI PASCOAL	18-Número no CRO 1834	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 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 AILTON 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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	21/10/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/22	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 78,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 21/10/22 Dr. Marli Pascoal CRO-DF 1834	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



Paciente: SANDRA FERREIRA DOS SANTOS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicito exame radiográfico **PANORÂMICO** para avaliação e diagnostico.

Desde já agradeço!

[Handwritten signature]
Dra. Marilda Alves Pires
Ortodontista
CRO-DF 7590 IE-3428

14.10.22



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1200763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/22	4-Data de Autorização 25/10/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10517993	7-Data Validade da Senha 23/01/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020255246850000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SIDNEI CASSIO NERES DE SOUZA				14-Telefone 07/07/1973	15-Nome do titular do plano SIDNEI CASSIO NERES DE SOUZA		

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 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 AILTON 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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/10/22	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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 31/10/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



SOLAR
Odontologia

Paciente: Sidnei Cassio Nunes de Souza

Solicito pericoronar total + plano
râmnica e pl avaliação odontológica

SOLAR

Odontologia

25.10.22
Dra. Patrícia de Souza Dussan
CIRURGI DENTISTA
CRO-DF 6750

📍 ENDEREÇO: SGAS.915 SUL - EDIFÍCIO OFFICE CENTER
BLOCO. C - SALA. 309 / CEP: 70390-150 - DF ASA SUL

☎ 61 3253.7934
📞 61 993213412