

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



331499
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/2010		4-Data de Autenticação 13/09/2010		5-Semana AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7670646		7-Data Validade da Semana 12/09/2010	
8-Número da Carteira 00202509784001876501		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LAIS VALERIANO NUNES		31/07/1989		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano LAIS VALERIANO NUNES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RADIO DIAGNOSTICO		18-Número no CRO 1543		19-UF DF		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405	
21-Código na Operadora / ONP / CPF 00691552172		22-Nome do Contratado Executante JOSE ALTON ALVES LOULY		23-Número no CRO 1543		24-UF DF		25-Código CNES 3200531			
26-Nome do Profissional Executante JOSE ALTON ALVES LOULY				27-Número no CRO 1543		28-UF DF		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78100	0,00		03	07/20	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento 03/07/20	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodomia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178100	47-Valor Total R\$ 10100	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 02/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/20
---	---	---	---

Dra. Marli Pascoal
Radiologista
CRO-DF 1834



PACIENTE: LAIS VALERIANO NUNES

RG.: 2.648.005

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

-PANORÂMICA

- BITE WINGS DE PRÉ MOLARES E MOLARES ESQUERDO E DIREITO

- SOLICITO EXAMENS RADIOGRÁFICOS PARA FINALIDADE DIAGNÓSTICA E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.

Dr^a. Karina A. da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO-DF 9357

DRA. KARINA ALBERTO DA SILVA

CRO 9357

BRASILIA, 5 DE JUNHO DE 2020

QR1A CONJUNTO RT LOTE 20, CANDANGOLÂNDIA DF

3301-2705 / 98462-4420

2-N^o

334088
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

26-Nome do Profissional ExecutantePlano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

43-Data Previsão Término do Tratamento
28/07/20

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), (for) 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	28/10/2012
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	28/10/2012
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável	28/10/2012
53-Data, local e Carimbo da Empresa	28/10/2012

Dr Mari Pasca!
Radiologista
CRO-DF 1834

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



334083
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/3/10/17/12/01		4-Data de Autorização 11/7/10/17/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7682234		7-Data Validade da Senha 10/1/11/01/12/01		
8-Número da Carteira 0102025294001000101011						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11		
13-Nome LILIAN BENEVIDES MOREIRA						20/02/1978		14-Teléfono (11) 11111111		15-Nome do titular do plano LILIAN BENEVIDES MOREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RADIO DIAGNOSTICO		22-Nome do Contratado Executante JOSE AILTON ALVES LOULY		18-Número no CRO 1543		19-UF DF		20-Código CBO S 09		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0161691515217211		22-Nome do Contratado Executante JOSE AILTON ALVES LOULY		23-Número no CRO 1543		24-UF DF		25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405 (1) 81000375-RPE (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RME (1) 81000375-RPD		26-UF DF		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	7,8	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
2-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
3-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
4-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
5-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
6-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
7-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
8-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
9-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
10-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
11-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
12-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
13-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
14-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
15-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
43-Data Previsão 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\$				
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		11341010		101010						
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												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												

D^{ra} Marli Pascoal
Radiologista
CRO-DF 1834

2-N^o329036
INTERCÂMBIO

ario

2	5	0	8	3	8
---	---	---	---	---	---

VIO MACIEL ROCH

do Responsável pelo Tratame

17-Nome do Profissional
RADIOLOGIA

9 1 5 5 2 1

ON ALVES LOULY

to / Procedimientos Solicitados

[illegible]

Término do Tratamento
07/12/20

...os ter sido devidamente
...ro, ainda que o(s) proce
...ratamento realizado, con

Assinatura do Cirurgião-Dentista



RECEITUÁRIO

Luiz Otávio Marcel Rocha

Soluto:

Rebites de pré molares e molares direito e
esquerdo. + ortorrômico
ap/molares brôn com fios

10/12/2020
Dra. Renata Messa Puerta
Cirurgiã-dentista
CRO-DF 9812

Dra. Renata Messa Puerta
Cirurgiã-dentista
CRO-DF 9812

CORP ODONTOLOGIA

CRO EPAO 2512 CNPJ 26.842.082-0001/05
SBS QUADRA 2 BLOCO S 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



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.: 03/08/2020

TOTAL: R\$ 373,60

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	03/07/2020	Lais Valeriano Nunes	01	01	R\$ 87,20
2	28/07/2020	Lilian Benevides Moreira	00202529400100	334088	R\$ 199,20
3	29/07/2020	Luiz Otavio Maciel Rocha	00202508381500	331670/3290	R\$ 87,20

Rádio Radiodiagnóstico em Odontologia LTDA EPP
CNPJ: 26.985.168/0001-27

Atenciosamente,

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

PROTOCOLADO

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____