



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/**
FATURA

DADOS CONVÊNIO

BRASÍLIA-DF: _____

PERÍODO REF.: **01/07/2021**

TOTAL: **R\$ 31,20**

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	05/06/2021	ISABELA OLIVEIRA LAZIO	00202538243100	00	R\$ 31,20

Atenciosamente,

Radiodiagnóstico - Asa Sul

PROTOCOLADO

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____



570833
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/21	4-Data de Autorização 04/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8654187	7-Data Validade da Senha 30/08/21
8-Número da Carteira 00202538243100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELA OLIVEIRA LAZIO		14-Telefone 11/07/1997	15-Nome do titular do plano ISABELA OLIVEIRA LAZIO		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06691552172			22-Nome do Contratado Executante JOSE AILTON ALVES LOULY	23-Número no CRO 1543	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante JOSE AILTON ALVES LOULY			27-Número no CRO 1543	28-UF DF	29-Código CBO S 09
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		

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	05/06/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/06/21	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 05/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/06/21 Dr. Arlette A. Marchioni Radiologista CRO-DF 1968	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/21 Isabela Oliveira Lazio	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------



Clínicas Odontológicas Odonto Júnior
Av. Independência, Quadra 51 lote 01 sala 106 Planaltina-DF
(61) 3388-2200

Solicitação do exame radiográfico Panorâmico sem laudo

Paciente: Isabela Oliveira Lázio

RG: 3.566.623

Data de nascimento: 11/07/1997

Dra. Vanessa Ribeiro Soares
Cirurgiã Dentista
CRO - DF 11012

Planaltina DF 31 de maio de 2021