

**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

BRÁSILIA-DF: _____

PERÍODO REF.: **04/01/2021****TOTAL:** **R\$ 98,00**

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	04/12/2020	Thiago Batista Moreira	00202522456800	12	R\$ 98,00

Radiodiagnóstico em Odontologia LTDA EPP
CNPJ: 26.985.168/0001-97

Atenciosamente,

Radiodiagnóstico em Odontologia LTDA EPP
CNPJ: 26.985.168/0001-97

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

PROTOCOLADO

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____

RECEITUÁRIO

Para: Thiago Batista Noronha

Solicito:

- ①. Bite wings pl pesquisa de cárie;
- ② - Periapical 16, 36, 46 por finalidade endodôntica.

Bsh, 18/11/2020

Renata Messa Puerta
Cirurgia-Dentista
CRO-DF 9812

CORP

CRO EPAO 2512 CNPJ 26.842.082-0001/05
SBS QUADRA 2 BLOCO 5 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 Instagram: @corpodontologia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



429098
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/2/01	4-Data de Autorização 10/3/11 12/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8095504	7-Data Validade da Senha 12/5/10 2/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1001202522456800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THIAGO BATISTA MOREIRA	03/07/1990	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Carteira 11/11/11	16-Nome do titular do plano THIAGO BATISTA MOREIRA

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1543	19-UF DF	20-Código CBO S 09
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1016691552172	22-Nome do Contratado Executante JOSE ALTON ALVES LOULY	23-Número no CRO 1543	24-UF DF	25-Código CNES 3200381	26-Nome do Profissional Executante JOSE ALTON ALVES LOULY	27-Número no CRO 1543	28-UF DF	29-Código CBO S 1543	30-Aut (f) 81000421- (f) 81000375-RMD (f) 81000375-RPE	31-Data de Realização 10/4/12/12	32-Motivo da Glosa 42-Assinatura
--	--	--------------------------	-------------	---------------------------	--	--------------------------	-------------	-------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/4/12/12	6,75	6,75
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/4/12/12	6,75	6,75
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/4/12/12	6,75	6,75
4-00	81000421	RX INTERPROXIMAL - BITE	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/4/12/12	6,75	6,75
5-00	81000421	RX INTERPROXIMAL - BITE	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/4/12/12	6,75	6,75
6-00	81000421	RX INTERPROXIMAL - BITE	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/4/12/12	6,75	6,75
7-00	81000421	RX INTERPROXIMAL - BITE	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/4/12/12	6,75	6,75
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/4/12/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 98,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 10/4/12/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/4/12/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/4/12/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/4/12/12
---	---	---	---

Dr. Marius Paschoa
Radiologista
CRO-DF 1834