

**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.: 03/10/2022

TOTAL: R\$ 423,20

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	02/09/2022	ANDRE LUIZ DA SILVA OLIVEIRA	00202546914500	00	R\$ 5,60
2	26/09/2022	CARICIA ROCHA CARVALHO	00	00	R\$ 88,80
3	26/09/2022	ROSANGELA ASCENSO GOMES	00202543408900	1141104	R\$ 88,80
4	28/09/2022	CLEITON BOAVENTURA DA SILVA	00202550440300	00	R\$ 31,20
5	28/09/2022	KARINE OLIVEIRA GUILHERME	00202550440300	00	R\$ 120,00
6	29/09/2022	CLAUDIANA DA COSTA RODRIGUES	00202546914500	00	R\$ 88,80

Atenciosamente,

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

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

PROTOCOLADO

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____



1-Registro AINS
 406414

3-Dia de Emissão da Guia
 11/09/2012

4-Data de Autorização
 11/09/2012

5-Semina
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 10354882

7-Data Validade da Semina
 11/12/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 00202543408900001011

9-Fluxo
 POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
 / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
 ROSANGELA ASCENSO GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
 ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 121985168000197

22-Nome do Contratado Executante
 RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA

23-Número no CRO
 1834

24-UF
 DF

25-Código CNEC
 983540231

26-Código CRO S
 09

26-Nome do Profissional Executante
 JOSE ALTON ALVES LOULY

27-Número no CRO
 1543

28-UF
 DF

29-Código CRO S
 09

30-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

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabella	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 Gêsis	42-Assinatura
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1	1	222,00	0,00		S	26/09/2012		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto 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\$							
26/09/2012	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	222,00	260,00								

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(ram) 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 Consultado-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. José Alton Alves Louly
 Radiodentista
 CRO-DF 1968

NOME : ROSANGELA ASCENSO GOMES Data : 26/09/22

Solicito :

- ☒ RX PERIAPICAL TOTAL
- ☒ PANORÂMICA
- ☐ RX PERIAPICAL DENTES:

☐ INTERPROXIMAIS

MOLARES () D () E

PRÉ- MOLARES () D () E

Dr. Pedro Monório
Cirurgião Dentista
CRO-DF 10821

SEPS 715/915 SUL Ed. Pacini Bl D, Salas 123- 124

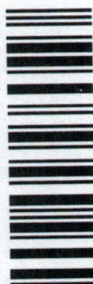
Asa Sul Tel: 3039-5443 /8221-2650

Unique.odonto@hotmail.com



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



1154847
INTERCÂMBIO

Tratamento para o(a) paciente

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/09/12/12	4-Data de Autorização 12/12/09/12/12	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10391101	7-Data Validade da Sentença 12/12/12/12/12
--------------------------	---	---	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202551200400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CARCIA ROCHA CARVALHO	23/04/1985	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARCIA ROCHA CARVALHO
----------------------------------	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09
-------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 126985168000197	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIO DIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1834	24-UF DF	25-Código CNES 9777385
--	--	--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante JOSE ALTON ALVES LOULY	27-Número no CRO 1543	28-UF DF	29-Código CBO S 09
--	--------------------------	-------------	-----------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabella 1-0081000294	32-Descrição LEVANTAMENTO	33-Dente/Régio 1	34-Face 1	35-Qtd 2	36-Quantidade US 2200	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ S	39-Aut 12609/12	40-Data de Realização 12/12/12	41-Motivo da Oclusa 42-Assinatura Danilo
------------------------------	------------------------------	---------------------	--------------	-------------	--------------------------	------------------	--------------------------------------	--------------------	-----------------------------------	---

2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /	11- / /	12- / /
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------

13- / /	14- / /	15- / /	16- / /	17- / /	18- / /	19- / /	20- / /	21- / /	22- / /	23- / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

24- / /	25- / /	26- / /	27- / /	28- / /	29- / /	30- / /	31- / /	32- / /	33- / /	34- / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

35- / /	36- / /	37- / /	38- / /	39- / /	40- / /	41- / /	42- / /	43- / /	44- / /	45- / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

46- / /	47- / /	48- / /	49- / /	50- / /	51- / /	52- / /	53- / /	54- / /	55- / /	56- / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

57- / /	58- / /	59- / /	60- / /	61- / /	62- / /	63- / /	64- / /	65- / /	66- / /	67- / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

68- / /	69- / /	70- / /	71- / /	72- / /	73- / /	74- / /	75- / /	76- / /	77- / /	78- / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

79- / /	80- / /	81- / /	82- / /	83- / /	84- / /	85- / /	86- / /	87- / /	88- / /	89- / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

90- / /	91- / /	92- / /	93- / /	94- / /	95- / /	96- / /	97- / /	98- / /	99- / /	100- / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------

101- / /	102- / /	103- / /	104- / /	105- / /	106- / /	107- / /	108- / /	109- / /	110- / /	111- / /
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

112- / /	113- / /	114- / /	115- / /	116- / /	117- / /	118- / /	119- / /	120- / /	121- / /	122- / /
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

123- / /	124- / /	125- / /	126- / /	127- / /	128- / /	129- / /	130- / /	131- / /	132- / /	133- / /
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

134- / /	135- / /	136- / /	137- / /	138- / /	139- / /	140- / /	141- / /	142- / /	143- / /	144- / /
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

145- / /	146- / /	147- / /	148- / /	149- / /	150- / /	151- / /	152- / /	153- / /	154- / /	155- / /
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

156- / /	157- / /	158- / /	159- / /	160- / /	161- / /	162- / /	163- / /	164- / /	165- / /	166- / /
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

167- / /	168- / /	169- / /	170- / /	171- / /	172- / /	173- / /	174- / /	175- / /	176- / /	177- / /
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

178- / /	179- / /	180- / /	181- / /	182- / /	183- / /	184- / /	185- / /	186- / /	187- / /	188- / /
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

189- / /	190- / /	191- / /	192- / /	193- / /	194- / /	195- / /	196- / /	197- / /	198- / /	199- / /
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

200- / /	201- / /	202- / /	203- / /	204- / /	205- / /	206- / /	207- / /	208- / /	209- / /	210- / /
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Paciente: Carícia Rocha Carvalho

Solicito radiografia periapical total para avaliação periodontal e endodôntica.

Brasília/DF, 20 de setembro 2022.

Dr. Marcus Mattos Scherrer
Periodontia e Implantodontia
CRO/DF 2096 IE315

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1154831
INTERCÂMBIO

Tratamento para vício social

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2019	4-Data de Autorização 22/10/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10391087	7-Data Validade da Sentença 21/11/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025504403000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome CLEITON BOAVENTURA DA SILVA	27/03/1985	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLEITON BOAVENTURA DA SILVA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Academismo a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CRO 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 269185168000197	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1834	24-UF DF	25-Código CNES 9777385	26-Código CRO S 09
--	---	--------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------

26-Nome do Profissional Executante JOSE ALTON ALVES LOULY	27-Número no CRO 1543	28-UF DF	29-Código CRO S 09
--	--------------------------	-------------	-----------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	1	78,00	0,00		S	28/09/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 28/09/22	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\$ 510,00	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 28/09/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Paciente: CLEITON BOAVENTURA DA SILVA

ENCAMINHAMENTO

Solicito radiografia peripical dos dentes (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48) para tratamento periodontal e avaliação cariiosa subgengival e panorâmica para avaliar extração e ver osso.

Brasília, 20 de Setembro de 2022.

Dra Lohanna L. Pires

Cirurgiã dentista

CRO – DF 10868

Dra. Lohanna Pires
CRO-DF 10868
Cirurgiã Dentista

IPO
INSTITUTO PIRES DE ODONTOLOGIA

☎ (61) 3968.6768

☎ (61) 99934.2991

📷 @ipo.odontologia

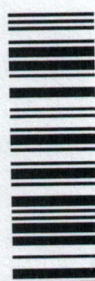
✉ institutopiresde
odontologia@gmail.com

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1154807
INTERCÂMBIO

Tratamento para vól. 5007

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/09/12/21	4-Data de Autorização 12/12/09/12/21	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10391011	7-Data Validade da Sentia 12/11/12/12/21
--------------------------	---	---	------------------------	--	---

8-Número da Carteira 000202550440300000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome KARINE OLIVEIRA GUILHERME BOAVENTURA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLEITON BOAVENTURA DA SILVA
---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CRO S 09
-----------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26985168000197	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIO DIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1834	24-UF DF	25-Código CNES 9777385	26-Código CRO S 09
---	--	--------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------

26-Nome do Profissional Executante
JOSE ALTON ALVES LOULY

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	00	81000294			1	22200	0,00			18/09/22		Karine
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prescrição/Término do Tratamento 18/09/22	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 22200	47-Valor Total R\$ 18000	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

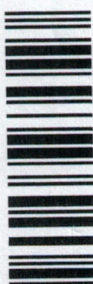
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Caimbo da Empresa

Dr. Arlette A. Marchetti
Radiologista
CRO-DF 1968

Karine O. Guilherme Boaventura



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/7/09/12/21

4-Data de Autorização
12/7/09/12/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
10410858

7-Data Validade da Senha
12/6/11/21/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025504403000001021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
KARINE OLIVEIRA GUILHERME BOAVENTURA

15/10/1996

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CLEITON BOAVENTURA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ancientamento 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-Código CBO S
09

26-Nome do Profissional Executante
JOSE AILTON ALVES LOULY

27-Número no CRO
1543

28-UF
DF

29-Código CBO S
09

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	100	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

28/09/2010

43-Data Previsto Término do Tratamento
28/11/2010

44-Tipo do 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\$

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
28/11/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista
28/11/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável
28/11/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa
Karine O. Guilherme Boaventura

Paciente: KARINE OLIVEIRA GUILHERME BOAVENTURA

ENCAMINHAMENTO

Solicito radiografia peripical dos dentes (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48) para tratamento periodontal e avaliação cariiosa subgingival e panorâmica para avaliar extração e ver osso.

Brasília, 20 de Setembro de 2022.

Drª Lohanna L. Pires

Cirurgiã dentista

CRO – DF 10868

Dra. Lohanna Pires
CRO-DF 10868
Cirurgiã Dentista

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



Paciente: Claudiane da Costa Rodrigues.

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Solicitado o exame radiográfico, do tipo
periapical, série completo, da região maxilar, com finalidade de diagnóstico au-
diário.

BSB - 13.09.22

Marcus Mattos Scherrer
Odontologia e Implantodontia
C.R. 2096 IE 315

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08	4-Data de Autorização 10/12/09	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10317989	7-Data Validade da Senha 12/09/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

1126908
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020215469145000010101	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
ANDRE LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano
ANDRE LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

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 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12691851680001971	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA
--	---

23-Número no CRO 1834	24-UF DF	25-Código CNES 9777385
--------------------------	-------------	---------------------------

27-Número no CRO 1543

28-UF DF

29-Código CBO S 09

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Guia	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	14	00	0,00			02/09/2010		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 02/10/2010
--

44-Tipo de Atendimento 2-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\$

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(ram) 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

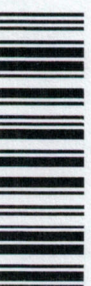
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/08

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2010

53-Data, local e Canto da Empresa 11/11/08

2-Nº





SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Paciente: André Luiz da Silva Oliveira

Solicito radiografia periapical dente 14 para avaliação endodôntico, com tomadas radiográficas orto , mesio e disto radial.

Brasília/DF, 30 de agosto 2022.

Dr. Marcus Mattos Scherrer
Periodontia e Implantodontia
CRO/DF 2096 IE315

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