



1050328
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10100366	7-Data Validade da Senha 05/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202540615100000106	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FELIPE RODRIGUES DE SOUSA		14-Telefone 18/11/1993	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 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

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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	12/10/2012		Felipe
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2012	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 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 12/10/2012 Marli Pascoal Radiologista CRO-DF 1834	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Felipe	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Paciente: Felipe Rodrigues de Sousa

Solicito radiografia periapical total para avaliação periodontal e endodontica.

Brasília/DF, 06 de julho 2022.

Dr. Marcus Mattos Scherrei
Periodontia e Implantodontia
CRO/DF 2096 IF315

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



1050307
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/22	4-Data de Autorização 08/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10100316	7-Data Validade da Senha 05/10/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025395180000000601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ADVOCACIA GERAL DA UNIAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTONIO CEZAR DE PAIVA BENETTI				14-Telefone 09/05/1966	15-Nome do titular do plano ANTONIO CEZAR DE PAIVA BENETTI		

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	08/07/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/07/22	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 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 08/07/22 Dr. Marli Pascoal Radiologista CRO-DF 1834	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Paciente: Antonio Cezar de Paiva Benetti

Solicito radiografia periapical dente 24 para avaliação endodôntico, com tomadas radiográficas orto , mesio e disto radial.

Brasília/DF, 07 de julho 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 : clinidentallem@gmail.com



1059718
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10127903	7-Data Validade da Senha 12/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202503692600008501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LUVI COMERCIAL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNO SARAIVA DE CASTRO CHAVES		14-Telefone 16/11/1970	15-Nome do titular do plano BRUNO SARAIVA DE CASTRO CHAVES		

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	15/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/2012	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 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 15/10/2012 Dr. Marli Pascoal Radiologista CRO-DF 1834
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

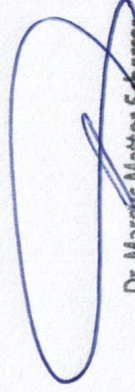


SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Paciente: Bruno Saraiva de Castro Chaves

Solicito radiografia periapical dente 37 para avaliação endodôntico, com tomadas radiográficas orto , mesio e disto radial.

Brasília/DF, 14 de julho 2022.



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

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