



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/**

DADOS CONVÊNIO

FATURA

BRÁSILIA-DF:

PERÍODO REF.:

03/08/2022

TOTAL:

R\$ 240,00

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	25/07/2022	PATRICIA PEREIRA COSTA	00202544408100	00	R\$ 88,80
2	26/07/2022	LALI GOMES DOS SANTOS	00202542326400	00	R\$ 88,80
3	11/07/2022	ANTONIA MARIA DE OLIVEIRA	00200254749670	00	R\$ 31,20
4	26/07/2022	LAYLA GOMES DOS SANTOS SILVA	00202542326400	1027251	R\$ 31,20

Atenciosamente,

PROTOCOLADO

Radiodiagnóstico - Asa Sul

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2017 4-Data de Autorização 11/08/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10138262 7-Data Validade da Senha 11/08/2017 1063288 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202154440810000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome PATRICIA PEREIRA COSTA 14-Teléfono 02/03/1979 15-Nome do titular do plano PATRICIA PEREIRA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO 18-Número no CRO 1968 19-UF DF 20-Código CBO S 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 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 ALTON ALVES LOULY 27-Número no CRO 1543 28-UF DF 29-Código CBO S 09

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mo do Glos	42-Assinatura
1-00	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			15/07/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-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\$							
15/07/2017	2-Exame Radiológico	1-Total 2-Parcial	78,00	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(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 15/07/2017 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/2017 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Arlette A. Marinho
Radiologista
CRO-DF 1984



NOME: Rafael Pereira Costa

Data: 18/7/22

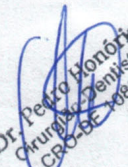
Solicito :

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

☐ INTERPROXIMAIS

MOLARES () D () E

PRÉ- MOLARES () D () E


Dr. Pedro Honório
Cirurgião Dentista
CRP 056.70621

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

2.º



1050398
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 07/07/2012

4-Data de Autorização 07/07/2012

5-Serinha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 10100570

7-Data Validade da Serinha 05/10/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002054749670000104

9-Piano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

13-Nome ANTONIA MARIA DE OLIVEIRA

16/03/1956

14-Teléfono

15-Nome do titular do plano JULIANA SOUSA DE MELO MONTEIRO

Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

18-Número no CRO 1968

19-UF DF

20-Código CBO S 09

25 - 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 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 ALTON ALVES LOULY

27-Número no CRO 1543

28-UF DF

29-Código CBO S 09

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Dente/Região

34-Face

35-Circ

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glaxa

42-Assinatura

30-Tabela 31-Código do Procedimento

32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA

1-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

2-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

3-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

4-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

5-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

6-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

7-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

8-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

9-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

10-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

11-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

12-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

13-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

14-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

15-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

16-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

17-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

18-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

19-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

20-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

21-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

22-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

23-0008100405

1

78,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00



NOME: *Antônio Maria de Oliveira* Data: 07/07/22

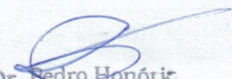
Solicito:

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

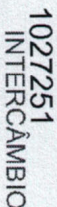
☐ INTERPROXIMAIS

MOLARES () D () E

PRÉ- MOLARES () D () E


Dr. Pedro Honório
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

2-N^e1027251
INTERCÂMBIO

¹² Número do Cartão Nacional de Saúde

LALI GOMES DOS SANTOS

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

39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
--------	-----------------------	--------------------	---------------

[illegible][illegible]

|||||||

— — — — —

[illegible]

— — — — —

1	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

[illegible]



NOME: *Laurea Gomes das Santos Silva*

Data: _____

Solicito:

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

☐ INTERPROXIMAIS

MOLARES

() D () E

PRÉ-MOLARES

() D () E

Dr. Pedro Honório
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 10821

21.06.2022

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

2-º



1052965
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 7/12/21 4-Data de Autorização 11/11/10 7/12/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10108161 7-Data Validade da Senha 10/06/11 10/12/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1000210254232640010148011 9-Pessoa POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASSOCIACAO NACIONAL DOS 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LALI GOMES DOS SANTOS 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano LALI GOMES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 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 / CNOJ / CPF 1261985168000197 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-Dentista Região	34-Face	35-Cidc	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	810100294			1	222,00	0,00			26/07/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	26/03/12	44-Tipo de Atendimento	2	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	222,00	47-Valor Total R\$	10,00	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), 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 Conjunto-Dentista Solicitante

26/07/11

51-Data, local e Assinatura do Conjunto-Dentista

26/07/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

26/07/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Arlette A. Gomes
CRO-DF 1968

RECEITUÁRIO

Nome: Leali Gomes dos Santos Data: 08/07/2022

Prescrito radiografia periapical total
com finalidade de avaliação em
periodontia e endodontia.

Dr. Pedro Honório
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 10821

SHPS 715/915 BLOCO D SALA 124 EDIFÍCIO PACINI, ASA SUL.
Tel.: 61 3039-5443/ 61 9 82212650

11.07.22