



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.: 01/12/2020

TOTAL: R\$ 205,60

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	11/11/2020	TALLITA GUANAIS	00202531154800	00	R\$ 31,20
2	11/11/2020	HELDER PEREIRA DE FONTES	00202531154800	000	R\$ 87,20
3	11/11/2020	AGNES SATAKE GUANAIS DE FONTES	00202531154800	412208	R\$ 87,20

Atenciosamente,

Rosângela Freitas
Radiodiagnóstico - Asa Sul

PROTOCOLADO

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS	3-Dia do Encerrado da Conta	4-Dia do Abertura	5-Sigla	6-Número da Conta Principal	7-Dia Validade da Sentença
406414	11/11/11 210	11/11/11 210	AUTORIZADO	8042609	09/10/21 21
Dados do Beneficiário					
12-Número do Contrato					

3-Abril de 2013 0 0 2 0 2 5 3 1 1 5 4 8 0 0 0 0 0 1 0 3	IDENTICAL POS REDE PRESTADORA	10-01-2013 12-01-2013
--	----------------------------------	--------------------------

13-Nome	14-telefone	15-Morres co. titular do plano
AGNES SATAKE GUANAIS DE FONTES	22/09/2014	HELDER PEREIRA DE FONTES

Dados de Contato: Responsável pelo Tratamento	
Identificação a RH	18-Aluno 20 p. oficial Solicitante
N	ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO
	18-Aluno no CRO
	19-JR
	20-Código CRO S
	DF 09
	025 -
	Faturar Empresa - AT

21-Código na Opener para CNPJ - OPE	0691552172
22-Nome do Estabelecimento	JOSE ALTON ALVES LOULY
23-Número no CNPJ	1543
24-CNPJ	DF
25-Código Lines	99999999

entrar em contato com
98354023, e marcar
os procedimentos autorizados

26-Nome do Profissional Excluinte	27-Minimo no CRO	28-RUF	29-Código CBO S
JOSE AILTON ALVES LOULY	1543	DF	09
Procedimentos autorizados Brasília, 4005, 4			

Plano de Trabalho: Processos Soluções	
30- Tabela	39- Aut
31- Código do Processo	40- Data
32- Descrição	
33- Data Recibo	
34- Valor	
35- Data	
36- Quantidade US	
37- Valor	
38- Quantidade - por processo R\$	

[illegible]

Case No.	Age	Sex	Occupation	Marital Status	Religion	Ethnicity	Education	Income	Health Status	Family Size	Living Arrangements	Access to Services	Healthcare Utilization	Healthcare Costs	Healthcare Satisfaction	Healthcare Access Barriers	Healthcare Access Solutions	Healthcare Access Evaluation
1	25	Male	Student	Single	Christian	White	High School	\$15,000	Good	2	Own Home	Good	Low	High	High	Low	Low	Low
2	35	Female	Teacher	Married	Muslim	Black	College	\$25,000	Good	3	Rent Home	Good	Low	Low	Low	Low	Low	
3	45	Male	Engineer	Married	Hindu	Asian	College	\$35,000	Good	2	Own Home	Good	Low	Low	Low	Low	Low	
4	55	Female	Nurse	Married	Christian	White	College	\$45,000	Good	2	Own Home	Good	Low	Low	Low	Low	Low	
5	65	Male	Retired	Married	Jewish	White	College	\$55,000	Good	2	Own Home	Good	Low	Low	Low	Low	Low	
6	75	Female	Retired	Married	Buddhist	Asian	College	\$65,000	Good	2	Own Home	Good	Low	Low	Low	Low	Low	
7	85	Male	Retired	Married	Christian	White	College	\$75,000	Good	2	Own Home	Good	Low	Low	Low	Low	Low	
8	95	Female	Retired	Married	Muslim	Black	College	\$85,000	Good	2	Own Home	Good	Low	Low	Low	Low	Low	
9	105	Male	Retired	Married	Hindu	Asian	College	\$95,000	Good	2	Own Home	Good	Low	Low	Low	Low	Low	
10	115	Female	Retired	Married	Christian	White	College	\$105,000	Good	2	Own Home	Good	Low	Low	Low	Low	Low	

[illegible]

A vertical timeline diagram showing the progression of time from 1945 to 1995. The timeline is marked with years and includes a section labeled 'S' at the top.

Timeline markers (from top to bottom):

- S
- 1945
- 1946
- 1947
- 1948
- 1949
- 1950
- 1951
- 1952
- 1953
- 1954
- 1955
- 1956
- 1957
- 1958
- 1959
- 1960
- 1961
- 1962
- 1963
- 1964
- 1965
- 1966
- 1967
- 1968
- 1969
- 1970
- 1971
- 1972
- 1973
- 1974
- 1975
- 1976
- 1977
- 1978
- 1979
- 1980
- 1981
- 1982
- 1983
- 1984
- 1985
- 1986
- 1987
- 1988
- 1989
- 1990
- 1991
- 1992
- 1993
- 1994
- 1995

[illegible][illegible][illegible]

12

[illegible][illegible]

43-Data Previsto o tempo do tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Totol Quantidade US	47-Valor Total R\$
11/11/2010	1-1-Tratamento Orodontológico 2-Exame Radiológico 3-Orodontia 4-U/gestica Emergência	1-1-Totol 2-Parcial	78100	0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional. Deixo 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 professor

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Feb 4 Marchionni

50-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/1968	
51-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 11/11/1968 Dr. José Antônio DE 1968	
52-Dados locais e Assinatura do Generalizador Responsável 11/11/1968 x DE 1968	
53-Dados locais e Carimbo da Imprensa	11/11/1968

GRU-1

Guernan

[illegible]

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

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N



413956
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

3-Dia de Emissão da Guia

4-Data de Autorização

5-Serão
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7-Dia Validade da Guia

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão

9-Data de Nascimento

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Guia

13-Nome do Titular da Guia

HELDER PEREIRA DE FONTES

13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atividade a R/R

ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF)

JOSE ALTON ALVES LOULY

26-Nome do Profissional Executante

JOSE ALTON ALVES LOULY

30-Endereço

RADIOGRAFIA PANORÂMICA

31-Código do Procedimento

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

32-Descrição

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

33-Quantidade US

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

34-Valor

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

35-Franquia/Co-participação R\$

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

36-Data de Realização

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

41-Medico da Guia

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

42-Assinatura

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

43-Data de Emissão da Guia

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

44-Data de Autorização

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

45-Serão

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

46-Número da Guia Principal

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

47-Dia Validade da Guia

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

48-Número do Cartão Nacional de Saúde

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

49-Operadora

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5

53-Data, local e Assinatura da Empresa

1-0-0-8-1-0-0-0-4-0-5



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



413960
INTERCÂMBIO

1-Histórico ANS
4006414

3-Dados de Endereço da Clínica
107/11/11/20

4-Dados de Autuação
110/11/11/20

5-Sociedade
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8031877

7-Dia a Validar no Sistema
10/5/10/2/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão
10102012531154800001011011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
HELDER PEREIRA DE FONTES

22/07/1982

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
HELDER PEREIRA DE FONTES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Atuação do Profissional Solicitante
ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

18-Número no CRO
1968

19-UF
DF

20-Código CBO 3
09

21-Código na Operadora CNPJ / CPF
06619115521172

22-Nome do Contratado Excludente
JOSE ALTON ALVES LOULY

23-Número no CRO
1543

24-UF
DF

25-Código CBO S
09

26-Nome do Profissional Excludente
JOSE ALTON ALVES LOULY

27-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Faixa/Cop-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	7	5			
		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1	4	0	0			
		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1	4	0	0			
		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1	4	0	0			
		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1	4	0	0			
		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	1	7	8	0	0		
5-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
6-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
7-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
8-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
9-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
10-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
11-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
12-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
13-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
14-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
15-0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			

43-DOP Previsto Anual no Tratamento

44-Tipo de Atendimento
2-1-1-Tratamento Ortodôntico 2-Exame Radiológico 3-Ortodôntico 4-Urgência Emergência

45-Tipo de Tratamento
7-1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
113400

47-Valor Total R\$
10000

48-Total Faixa/Cop-participação R\$
10000

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Arlette M. Marfilioti
Radiologista
CRO-DF 1968

Arlette M. Marfilioti
Quarain



OdontoDent

ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

Nome: Tótilo Guonais

Solicito radiografias panorâmicas, de
bido ao pericúleo ou raiz ressecada
onde esse radiografio tem que
ver amplamente a obter melhores
diagnósticos.

Dra. Jéssica Antunes Barreiro
Cirurgiã-Dentista
CRO-DF 12818

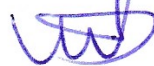
06/11/20
CONJUNTO NACIONAL - (61) 3326-6131 - Conjunto Nacional - Sala 3038 - Brasília
TAGUATINGA - (61) 3352-3703 - QSB 02 Lote 20 Sala 106 - Taguatinga Sul
CEILÂNDIA - (61) 3373-8900 - CNM 01 Bloco H Sala 206 - Ceilândia Centro

www.odontodent.com.br

Agnes Satake Guonais de Santos.

Solicito raio x panorâmica e periapical
do elemento: 55, 65, 75, 85 para avaliação
unidade de tratamento.

Drª. Mayara Lima Santos
Cirurgiã-Dentista
CRO-DF 10.308





OdontoDent

ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

Nome: Helder Pereira de Fontes.

Solicito radiografias panorâmicas
para melhor visualização de ter-
ceiros molares e raízes residuais
e interproximais bilateral de pri-
meiros e segundos para fins diag-
nósticos.

Dra. Jéssica Antunes Barreiro

Cirurgiã-Dentista
CRO-DF 12818

CONJUNTO NACIONAL - (61) 3326-6131 - Conjunto Nacional - Sala 3038 - BR-DF 12818
TAGUATINGA - (61) 3352-3703 - QSB 02 Lote 20 Sala 106 - Taguatinga Sul
CEILÂNDIA - (61) 3373-8900 - CNM 01 Bloco H Sala 206 - Ceilândia Centro

www.odontodent.com.br