

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Razão Social: URG UNIDADE RADIODONTOLÓGICA DE GOIANIA SS LTDA

CNPJ: 37307618000109 ( C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA T9 )

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 6289/GO

Cirurgião Dentista: (16251) - ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

| Guia       | Nome                                                      | Não Paga | Dt. Guia   | USOs Atos | Vlr USO Coop. | Total      |
|------------|-----------------------------------------------------------|----------|------------|-----------|---------------|------------|
| 330312 - I | MARIA MADALENA ALVES DOS REIS (00202530126900000101 )     |          | 26/06/2020 | 78        | 0.58          | R\$ 45,24  |
| 333590 - I | IDELMA BARBOSA DOS SANTOS (00202529336700000102 )         |          | 03/07/2020 | 78        | 0.58          | R\$ 45,24  |
| 333592 - I | IZADORA CRISTINA BARBOSA DA SILVA (00202529336700000103 ) |          | 03/07/2020 | 78        | 0.58          | R\$ 45,24  |
| 341425 - I | RENATA BASTOS DA SILVA (00202530563100000101 )            |          | 18/07/2020 | 222       | 0.59          | R\$ 130,98 |
| 341426 - I | RENATA BASTOS DA SILVA (00202530563100000101 )            |          | 18/07/2020 | 78        | 0.58          | R\$ 45,24  |

|             |  |  |  |                     |            |
|-------------|--|--|--|---------------------|------------|
| Totalizador |  |  |  |                     |            |
|             |  |  |  | Nº de USOs:         | 534        |
|             |  |  |  | Nº de atendimentos: | 5          |
|             |  |  |  | Valor:              | R\$ 311,94 |

|                          |  |  |  |                     |            |
|--------------------------|--|--|--|---------------------|------------|
| Totalizador da Operadora |  |  |  |                     |            |
|                          |  |  |  | Nº de USOs:         | 534        |
|                          |  |  |  | Nº de atendimentos: | 5          |
|                          |  |  |  | Valor:              | R\$ 311,94 |

|                        |  |  |  |                     |            |
|------------------------|--|--|--|---------------------|------------|
| Totalizador da Clínica |  |  |  |                     |            |
|                        |  |  |  | Nº de USOs:         | 534        |
|                        |  |  |  | Nº de atendimentos: | 5          |
|                        |  |  |  | Valor:              | R\$ 311,94 |

UNIDADE RADIODONTOLÓGICA DE GOIANIA  
FABIANO DE SOUSA VAZ DE CAMPOS  
37.307.618/0001-09

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 29/07/2020 12:55

Página 1 de 1

2-N<sup>c</sup>

962516

330312  
INTERCÂMBIO

## INTERCÂMBIO

025 - Faturar Empresa

Enviar - F  
(I) 81000405

Enviar - F  
(I) 81000405

10

| 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 5      | 02/11/20              |                    | X             |

| 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 5      | 02/11/20              | X                  | João Batista  |

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

Data, local e Carimbo da Empresa \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

União- Dentista  
UNIDADE RADIODIAGNÓSTICA DE GRAMINZ  
FABIANO DE SOUSA RIZ DE CAMPOS  
37.397.618/0001-09

UNIDADE: RADIODIAGNÓSTICO  
FABIANO DE SOUSA  
37.387.618/0001-09

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

**PARA: MARIA MADALENA ALVES DOS REIS**

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA  
AVALIAÇÃO DE DENTES INCLUSOS E CANAL  
MANDIBULAR.**

Goânia, 08 de junho de 2020

Dr. André Luiz G. dos Reis  
Cirurgião Dentista  
CRO- GO 15.639

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

Av T9 c/ Rua C212 nº 521 lt 10 S/2 Jardim América - Goiânia-GO

Fone: (62) 3996-0019



transferência para você emitir

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



333590  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                |                                            |                       |                                       |                                              |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>00/03/10 07/12 00 | 4-Data de Autorização<br>00/08/10 07/12 00 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7680209 | 7-Data Validade da Senha<br>00/11/10 1/12 00 |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|

### Dados do Beneficiário

|                                                   |                                |                                      |                                                  |                                       |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0000202052933670000001002 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>00/11/10 1/12 00 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|

13-Nome

IDELMA BARBOSA DOS SANTOS

15-Nome do titular do plano  
LUIZ GOMES DOS SANTOS

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                        |                                                                         |                          |                 |                                               |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------------------------|
| 16-Alimentação a RN<br>N                                               | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS | 18-Número no CRO<br>6289 | 19-UF<br>GO     | 20-Código CBO S<br>025 -                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>090614224187                    | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS    | 23-Número no CRO<br>6289 | 24-UF<br>GO     | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(1) 81000405 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS | 27-Número no CRO<br>6289                                                | 28-UF<br>GO              | 29-Código CBO S |                                               |

### 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                     | 008100405                 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                        | 1                  |                                         | 78,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/07/2020            |                    | Idelma        |
| 2                     |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3                     |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4                     |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5                     |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6                     |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7                     |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8                     |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9                     |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10                    |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11                    |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12                    |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13                    |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14                    |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15                    |                           |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 43-Tipo de Tratamento | 44-Tipo de Atendimento    | 45-Tipo de Tratamento  | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 08/107/20             | 2                         | 7                      | 78,00                  |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a executar o 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<br>08/107/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/107/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>Idelma B. dos Santos | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

UNIDADE RADIOLOGICA - UNIDADE DE CARIOS  
FABIANO DE SOUZA - UNID. DE CARIOS  
37.397.661/0001-09

## SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Idelma Barbosa dos Santos

- PANORAMICA ( DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS E TERCEIROS MOLARES).

GOIANIA, 11 / 03 / 2020

  
Mariana Carneiro Farias  
Cirurgiã Dentista  
CRO-GO 12726

**62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811**  
Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO  
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

## SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Izadora Cristina Barbosa da Silva

- PANORAMICA ( DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS E TERCEIROS MOLARES).

GOIANIA, 11 / 03 / 2020

Mariana Carneiro Fontes  
Cirurgiã Dentista  
CRD-GO 12726

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811  
Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO  
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO



Regulamento nº 333 de 2010

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



333592  
INTERCAMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/10/2017 | 4-Data de Autorização<br>08/10/2017 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7680220 | 7-Data Validade da Senha<br>01/11/2017 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

### Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                            |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202529336700000103 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>01/11/2017 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|

### 13-Nome

IZADORA CRISTINA BARBOSA DA SILVA

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

#### 16-Anuário a RN

ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

#### 17-Nome do Profissional Solicitante

ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

#### 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

906142214187

#### 22-Nome do Contratado Executante

ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

#### 26-Nome do Profissional Executante

ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

#### 27-Número no CRO

6289

#### 28-UF

GO

#### 29-Código CBO S

025 -

#### Faturar Empresa

Enviar - RX

#### (I) 81000405

#### 30-Planilha

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 Clsca 42-Assinatura

43-Data Prescrição

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Falhamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 Cartão da Empresa

UNIDADE RADIOLOGICA - CLINICA DE COBARA  
FABIANO DE SOUZA DE CAMPOS  
37.387.638/0001-09

Santos

964885



**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: RENATA BASTOS DA SILVA ALVES

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA  
AVALIAÇÃO DE DENTES INCLUSOS E CANAL  
MANDIBULAR.**

Goiânia, 15 de julho de 2020

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

Av T9 c/ Rua C212 nº 521 lt 10 S/2 Jardim América - Goiânia-GO

Fone: (62) 3996-0019



**Reis & Soares**  
**ODONTOLOGIA**

## **PEDIDO DE EXAME**

**PARA: RENATA BASTOS DA SILVA ALVES**

**SOLICITO CHECK UP PERIAPICAL PARA AVALIAÇÃO  
DE DOENÇA PERIODONTAL E AVALIAÇÃO  
ENDODONTICA.**

*[Faint stamp and signature]*  
CRO GO 15.639  
V. M.

Goiânia, 15 de julho de 2020

**Dr. André Luiz Gomes dos Reis**

**CRO GO 15.639**

Av T9 c/ Rua C212 nº 521 lt 10 S/2 Jardim América - Goiânia-GO

Fone: (62) 3996-0019

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-Nº



341425  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/08/2017 | 4-Data de Autorização<br>12/11/2017 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7715284 | 7-Data Validade da Senha<br>16/11/2017 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                              |                                |                                      |                                          |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>01020253056310000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                   |            |                              |                                                       |
|-----------------------------------|------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>RENATA BASTOS DA SILVA | 22/04/1999 | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>RENATA BASTOS DA SILVA |
|-----------------------------------|------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|

|                                                 |                                                                         |                          |             |                 |                         |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|-------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |                                                                         | 18-Número no CRO<br>6289 | 19-UF<br>GO | 20-Código CRO S | 25 -<br>Faturar Empresa |
| 16-Atendimento a RN<br>N                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS | 23-Número no CRO<br>6289 | 24-UF<br>GO | 25-Código CNES  |                         |

|                                                                        |                                                                      |                          |             |                 |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>90614224187                     | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS | 27-Número no CRO<br>6289 | 28-UF<br>GO | 29-Código CRO S |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS |                                                                      |                          |             |                 |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
|-------------------------------------------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 30-1-Item                                       | 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-Moeda da Glosa | 42-Assinatura |
| 1-                                              | 0081000294                | LEVANTAMENTO |                 | 1       | 222    | 00               | 0,00     |                                 | S      | 24/07/2020            | Renata            |               |
| 2-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 3-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10-                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11-                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12-                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13-                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14-                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15-                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                            |                                                                                                             |                                               |                                   |                            |                                                 |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Dia Próximo do Tratamento<br>29/07/2017 | 44-Tipo de Atendimento<br>2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>2-1-Totai 2-Parcial | 46-Totai Quantidade US<br>2222,00 | 47-Valor Totai R\$<br>0,00 | 48-Totai Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>11/11/11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>24/07/2017 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>24/07/2017 Renata B. da Silva | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

UNIDADE DE ODONTOPEDIATRIA - 3º ANDAR - 3º ANDAR DE CARIOS  
FEBRILIO DE OLIVEIRA  
37.487.638/0001-09