

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

Razão Social: URG UNIDADE RADIODONTOLOGICA 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
464870 - I	OMAR CARVALHO CORREA (00202529114900000101)		28/01/2021	222	0.59	R\$ 130,98
468473 - I	EGUIBERTO MARTINS COELHO JUNIOR (00202535106300000101)		03/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
476800 - I	MARIA FATIMA DE OLIVEIRA TELES (40641400251900002404)		15/02/2021	28	0.6	R\$ 16,80
481915 - I	GLEIDE CORREA BORGES (00202535492600000101)		22/02/2021	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador

Nº de USOs: 550
Nº de atendimentos: 4
Valor: R\$ 324,00

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 550
Nº de atendimentos: 4
Valor: R\$ 324,00

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 550
Nº de atendimentos: 4
Valor: R\$ 324,00

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

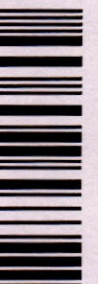
Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/03/2021 12:24

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



468473
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/03/2012

4-Data de Autorização
10/06/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8262205

7-Data Validade da Senha
10/04/2015

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010120125351063000010101

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
EGUIBERTO MARTINS COELHO JUNIOR

04/10/1989

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Titular do plano
EGUIBERTO MARTINS COELHO JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

18-Número no CRO
6289

19-UF
GO

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
90614224187

22-Nome do Contratado Executante
ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

23-Número no CRO
6289

24-UF
GO

25-Código CNES

Enviar - RX
(I) 81000405

26-Nome do Profissional Executante
ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

27-Número no CRO
6289

28-UF
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 Clica	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			10/03/2012		EGUIBERTO
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição Término do Tratamento
10/03/2012

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
78,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
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
10/03/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
10/03/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
10/03/2012

53-Data, local e Cópia da Empresa
10/03/2012

Carla Junior

21020856

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: EGUIBERTO MARTINS COELHO JUNIOR

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

Goiânia, 27 de janeiro de 2021

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

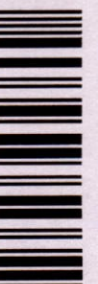
CRO GO 15.639

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

Fone: (62) 3996-0019

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



21031079

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/02 4-Data de Autorização 12/4/02 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8316652 7-Data Validação da Senha 12/3/05 481915 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253549260000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GLEIDE CORREA BORGES 25/02/1965 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GLEIDE CORREA BORGES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS 18-Número no CRO 6289 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 90614224187 22-Nome do Contratado Excitante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS 23-Número no CRO 6289 24-UF GO 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excitante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS 27-Número no CRO 6289 28-UF 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-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1	2	2,00	0,00		S	04/02/02		Gleide
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 Previsão Término do Tratamento 04/02/02 44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 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 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

UNIDADE RADIOLÓGICA DE CARIÓTIPO
FARMACIA DE SUSSA VILA DE CARLOS
37.307-5181/0001-09
Gleide Correa Borges



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: GLEIDE CORREA BORGES

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

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

Goiânia, 22 de fevereiro de 2021

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

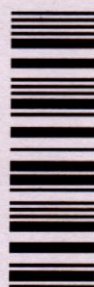
CRO GO 15.639

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

Fone: (62) 3996-0019

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



2102 6696

1-Registro ANS 406414

3-Dia de Emissão da Guia 15/02/21

4-Dia de Autorização 17/02/21

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8298653

7-Dia Validade da Guia 16/05/21

476800 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020250703230004804

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa OVD IMPORTADORA E

11-Dia Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA FATIMA DE OLIVEIRA TELES

29/04/1955

14-Telefone () 351516100

15-Nome do titular do plano FABRICIO OLIVEIRA TELES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Apresentamento a RN ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

17-Nome do Profissional Solicitante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

18-Número no CRO 6289

19-UF GO

20-Código CRO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 90614224187

22-Nome do Contratado / Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

23-Número no CRO 6289

24-UF GO

25-Código CNES

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

27-Número no CRO 6289

28-UF GO

29-Código CRO S

(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Pagamento 17/02/2021

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 28,00

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

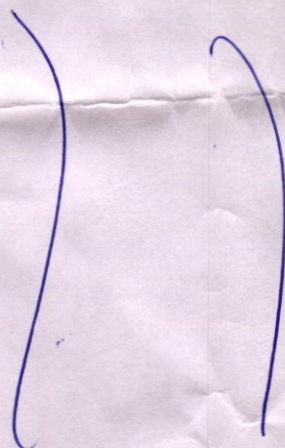
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

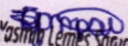
53-Dia, local e Carimbo da Empresa

Maria Játima de Oliveira Sales

Solicito Rx periapical dos dentes 16 e 26 para avaliar se há necessidade de tratamento endodôntico.



02.02.2021


Drª Yasmin Lemes Sampaio
Cirurgiã - Dentista
CRO 14010

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



464870
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 4-Data de Autorização 13/08/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8251422 7-Data Validade da Senha 12/08/10 464870

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020252911490000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/08/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome OMAR CARVALHO CORREA 13/08/1966 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano OMAR CARVALHO CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS 18-Número no CRO 6289 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 90614224187 22-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS 23-Número no CRO 6289 24-UF GO 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS 27-Número no CRO 6289 28-UF GO 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1		222,00	0,00			13/08/10		Amor
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dias Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 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 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Carimbo

UNIDADE DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE CAMPUS
RUA DE SÃO CARLOS, 102 DE CAMPOS
37.307-550-1000-36



62 3290 5882

neoriso.com

Omar Carvalho Correa

Solicito Rx check-up + avaliar doença periodontal.

Go. 27.01.2021

Dr. Rogério Lemes Sampaio
Cirurgiã - Dentista
CRU 13020

Enviar para o email: dr.ypm@atlook.com

AV. SÃO LUIZ 318, QD. 01, LT. 12, SL. 4 - ST. MOINHO DOS VENTOS - COIÂNIA-GO - 74371-440