

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Razão Social: CRA- CENTRO RADIODONTOLOGICO DE APARECIDA S/S LTDA

CNPJ: 05471911000110 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA CARAGOATA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 11498/GO

Cirurgião Dentista: (16253) - KARLA WANESSA ALVES VITORIA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
407690 - I	VAGNA SOUSA DA SILVA (00202530877400000101)		29/10/2020	78	0.58	R\$ 45,24
407690 - I	VAGNA SOUSA DA SILVA (00202530877400000101)		29/10/2020	56	0.6	R\$ 33,60
410774 - I	BRUNO NUNES DE ALMEIDA (00202507032300002201)		03/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
410774 - I	BRUNO NUNES DE ALMEIDA (00202507032300002201)		03/11/2020	56	0.6	R\$ 33,60
410788 - I	EVENUSE SOUZA BATISTA PORTO (00202529402800000101)		03/11/2020	14	0.6	R\$ 8,40
415879 - I	LUCIANO DE SOUZA RAMOS (00202531842300000105)		10/11/2020	222	0.59	R\$ 130,98
415889 - I	LUCIANO DE SOUZA RAMOS (00202531842300000105)		10/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
415896 - I	CLAUDIO RAMOS DE SOUZA (00202531842300000102)		10/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
422131 - I	VAGNA SOUSA DA SILVA (00202530877400000101)		18/11/2020	28	0.6	R\$ 16,80
422392 - I	MARIA EDUARDA PEREIRA SANTIAGO (00202519983600012102)		18/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
422392 - I	MARIA EDUARDA PEREIRA SANTIAGO (00202519983600012102)		18/11/2020	56	0.6	R\$ 33,60
426221 - I	NICKSON CEZAR CABRAL (40641400595900001201)		24/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

Nº de USOs: 900
Nº de atendimentos: 9
Valor: R\$ 528,42

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 900
Nº de atendimentos: 9
Valor: R\$ 528,42

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 900
Nº de atendimentos: 9
Valor: R\$ 528,42

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

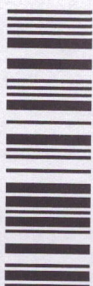
Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/12/2020 08:44

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



20027056

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/09/10 10/2/01

4-Data de Autorização
10/05/11 11/2/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8007302

7-Data Validade da Senha
12/7/10 11/2/11

8-Número da Carteira
0102020253087740000010101

407690
INTERCÂMBIO

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
VAGNA SOUSA DA SILVA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
VAGNA SOUSA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

18-Número no CRO
11498

19-UF
GO

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX

(1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPE
(1) 81000375-RME (1) 81000405
(1) 81000375-RPD

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1012930679107111

22-Nome do Contratado Executante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

23-Número no CRO
11498

24-UF
GO

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

27-Número no CRO
11498

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 Guisa	42-Assinatura
1-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2010		Wagner
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2010		Wagner
3-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2010		Wagner
4-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2010		Wagner
5-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	8,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2010		Wagner
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento
05/11/2010

44-Tipo de Atendimento
2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Anestesia
2-Local 2-Parcial

46-Total Quantidade US
134,00

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 apresentado, 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

10/05/11 11/2010 CRA - CENTRO RADIOLOGICO DENTAL 05-61-91110081-10

da Silva



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Vagner Sousa da Silva

Solicito:

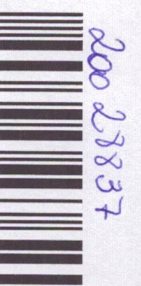
- Rx interproximal de pré molares e molares para avaliação cárie D+E.
- Rx panorâmica para avaliação terceiros molares.

Dra. Anna Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 15.857

28/10/2020

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



410774
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/11 4-Data de Autorização 10/7/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8019498 7-Data Validade da Senha 10/1/12

8-Número da Carteira 10/0/2/0/12/5/0/7/0/3/2/3/0/0/0/2/2/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa OVD IMPORTADORA E 11-Data Validade da Carteira / / /

13-Nome BRUNO NUNES DE ALMEIDA 08/06/1989 14-Telefone (16)21360515423 15-Nome do titular do plano BRUNO NUNES DE ALMEIDA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 18-Número no CRO 11498 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02930679107 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 23-Número no CRO 11498 24-UF GO 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE

26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Número no CRO 11498 28-UF GO 29-Código CBO S (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE

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
1-0	0	81000405			1	1	78,00			10/7/11		BRUNO
2-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
3-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
4-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
5-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
6-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
7-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
8-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
9-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
10-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
11-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
12-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
13-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
14-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO
15-0	0	81000375			1	1	14,00			10/7/11		BRUNO

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/7/11 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 134,00 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(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 10/7/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/7/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/7/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRA - CENTRO RADIO DENTOLÓGICO - PIRENEIA
CRA 33.85.871.911/038-10

de Almeida



SORRIA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Dr. João Marcos Ribeiro
Cirurgião-Dentista
CRO-GO 13761

P/ Bruno Nunes de Almeida

Solicito:

- Panorâmica Topo

- Interproximais posteriores direita e esquerda de pré-molares e molares

Avaliar 3^{as} Molares e possíveis caries.

Dr. João Marcos Ribeiro Pires
Cirurgião-Dentista
CRO-GO 13761

GOIÂNIA (GO)
Av. 136, Edifício New York - Sala A 504
(62) 3241-7708 / ☎ (62) 9.9291-6202

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



20029536

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/11 4-Data de Autorização 10/09/11 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8019545 7-Data Validade da Guia 10/11/12

410788
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025294028000001101 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 EVENUSE SOUZA BATISTA PORTO 14-Teléfono () - 15-Nome do titular do plano EVENUSE SOUZA BATISTA PORTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 18-Número no CRO 11498 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RPSE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02930679107 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 23-Número no CRO 11498 24-UF GO 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Número no CRO 11498 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-	01081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	09/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Falha	49-Tipo de Falha	50-Tipo de Falha	51-Tipo de Falha	52-Tipo de Falha	53-Tipo de Falha	54-Tipo de Falha	55-Tipo de Falha
09/11/20	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-1-Total	2-Parcial	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, solicito 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 na 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 09/11/11 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 09/11/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/11/11

Rev. 40.



SORRIA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Dr. João Marcos Ribeiro
Cirurgião - Dentista
CRO - GO 13761

P/ Evemuse Sousa Batista Porto

Solicitado:

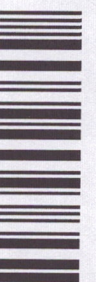
- Radiografia Periapical elemento: 24
Avaliar Periapice.

Dr. João Marcos Ribeiro Dires
Cirurgião - Dentista
CRO - GO 13761

GOIÂNIA (GO)
Av. 136, Edifício New York - Sala A 504
(62) 3241-7708 / ☎ (62) 9.9291-6202

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 11/01/11
4-Data de Autorização 16/11/11
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 8039739
7-Data Validade da Senha 10/08/12
415879
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202531842300000105
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCIANO DE SOUZA RAMOS
04/04/1978
14-Telefone
15-Nome do titular do plano ELIABY DA CUNHA LIMA RAMOS

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
18-Número no CRO 11498
19-UF GO
20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 002930679107
22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
23-Número no CRO 11498
24-UF GO
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
27-Número no CRO 11498
28-UF GO
29-Código CBO S

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 Doença	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO		1	1	222,00	0,00			11/01/11		LUCIANO
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/12/2020
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US 2222,00
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 apresentado, 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, sob minha assinatura. 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 Quirurgião-Dentista, Cirurgião-Dentista, 05/11/11
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/11
53-Data, local e Cessão da Empresa

LUCIANO DE SOUZA RAMOS



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: LUCIANO DE SOUZA RAMOS

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

Goiânia, 06 de novembro de 2020

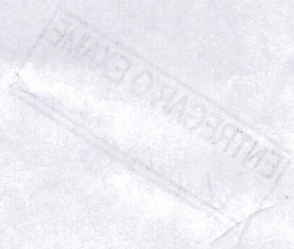
Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

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



2-N⁺

20033497

LEONARDOS RAMOS

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

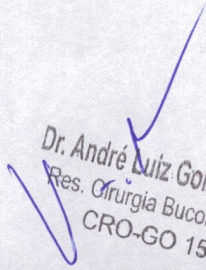
Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: LUCIANO DE SOUZA RAMOS

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

Goiânia, 06 de novembro de 2020


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-Nº



415896
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/12/10 4-Data de Autorização 11/06/11 11/12/10 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8039797 7-Data Validade da Semina 10/08/10 12/11/11

8-Número da Carteira 00020215318423000000101021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/11 11/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLAUDIO RAMOS DE SOUZA 07/04/1979 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ELIABY DA CUNHA LIMA RAMOS

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 18-Número no CRO 11498 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00293067910171 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 23-Número no CRO 11498 24-UF GO 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Número no CRO 11498 28-UF GO 29-Código CBO S

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
1-0	0	8100405										
2-1	0	8100405										
3-1	0	8100405										
4-1	0	8100405										
5-1	0	8100405										
6-1	0	8100405										
7-1	0	8100405										
8-1	0	8100405										
9-1	0	8100405										
10-1	0	8100405										
11-1	0	8100405										
12-1	0	8100405										
13-1	0	8100405										
14-1	0	8100405										
15-1	0	8100405										

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/11/2020 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 78,00 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 apresentado, solicito 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) 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 11/01/11 11/12/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11 11/12/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRA - CENTRO PARODONTOLÓGICO CARLOS RAMOS
CNPJ: 06.871.811/0001-10

de Souza

20033519

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: CLAUDIO RAMOS DE SOUZA

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

Goiânia, 06 de novembro de 2020

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

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

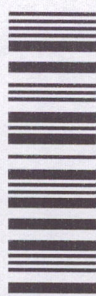
CRO GO 15.639

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

Fone: (62) 3996-0019

ENTREGAR O EXAME

2-N

422131
INTERCÂMBIOude

1

6

2	2
---	---

T

1

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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1	2
---	---

1

--	--

1

48ster

--	--

11

1



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Vagner Sosa da Silva

Solicito:

- Rx periapical dos dentes 17, 36
para avaliação endodôntica.

Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 15.857

11/11/2020

Avenida Dona Maria Cardoso. 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

2-N^o422392
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

13-Nome	MARIA EDUARDA PEREIRA SANTIAGO
14-Telefone	03/03/2014 () -
15-Nome do titular do plano	MARCIO EDUARDO PEREIRA DE LACERDA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Excitante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	Enviado - RX
0 2 9 3 0 6 7 9 1 0 7	KARLA WANESSA ALVES VITORIA	11498	GO		(I) 810000375-RMD (I) 810000375-RMD
26-Nome do Profissional Excitante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S		
KARLA WANESSA ALVES VITORIA	11498	GO			(I) 810000375-RPD (I) 810000375-RPE (I) 810000375-RPE (I) 810000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, 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-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
	CENTRO GRUPO	2060 1000 1000	

CR- CENTRO RADIOLÓGICO

B. de Souza



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Maria Edvanda Pereira Santiago

Solicito:

- Rx interproximal de pré molares e molares para avaliação cárie de ambos os lados.
- Rx panorâmica para avaliação terceiros molares.

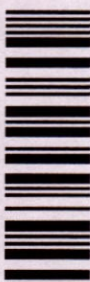
Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CR0-GO 19857

04/11/2020

Avenida Dona Maria Cardoso. 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

2-N⁺

20041173

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 24/11/2012		4-Data de Autorização 27/11/2012		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8083653		7-Data Validade da Santa 22/12/2012		426221 INTERCÂMBIO																			
Dados do Beneficiário																															
6-Número da Carteira 0020202511225600002801						8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa STARSFRINGS DO BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /																			
13-Nome NICKSON CEZAR CABRAL												14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano NICKSON CEZAR CABRAL																	
16-Atendimento a RN N												17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA		18-Número no CRO 11498		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02191306791017												22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA		23-Número no CRO 11498		24-UF GO		25-Código CNES (1) 81000405													
26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA												27-Número no CRO 11498		28-UF GO		29-Código CBO S															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																															
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Face		35-Cmd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glorosa		42-Assinatura							
1-0		0		81000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7		800		000		S		27/11/2012		/ /		/ /		/ /							
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 Previsto Término do Tratamento 27/11/2020												44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Tratamento 2-Parcial		46-Total Quantidade US 78,00		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 apresentado, 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 27/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / / /	

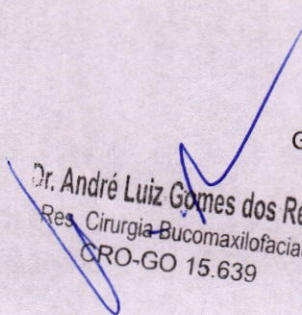
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis
CRO/GO: 15.639
Cirurgia Oral Menor
Clínica Geral

PARA: NICKSON CEZAR CABRAL

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

Goiânia, 24 de novembro de 2020


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