

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: CRA- CENTRO RADIODONTOLÓGICO 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
508423 - I	PAULO MANOEL DA CRUZ (00202536411400000101)		25/03/2021	222	0.59	R\$ 130,98
508428 - I	PAULO MANOEL DA CRUZ (00202536411400000101)		25/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
516634 - I	MARIA RITA PIMENTEL SILVA (00202532609500000105)		07/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
516635 - I	LAYLA REBECA PIMENTEL SILVA (00202532609500000104)		07/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
525472 - I	MICAELLY SALES BATISTA (00202533615200000102)		16/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
525472 - I	MICAELLY SALES BATISTA (00202533615200000102)		16/04/2021	28	0.6	R\$ 16,80
525482 - I	CLEONICE SALES CRUZ (00202533615200000101)		16/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
525482 - I	CLEONICE SALES CRUZ (00202533615200000101)		16/04/2021	70	0.6	R\$ 42,00

Totalizador						
				N° de USOs:	710	
				N° de atendimentos:	6	
				Valor:	R\$ 415,98	

Totalizador da Operadora						
				N° de USOs:	710	
				N° de atendimentos:	6	
				Valor:	R\$ 415,98	

Totalizador da Clínica						
				N° de USOs:	710	
				N° de atendimentos:	6	
				Valor:	R\$ 415,98	

CRA - CENTRO RADIODONTOLÓGICO APARECIDA
CNPJ: 05.471.911/0001-10

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: 03/05/2021 09:13

Página 1 de 1



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Cleonice Sales Cruz

Solicitado:

Radiografia Panorâmica para avaliar 3° molares.

Radiografia Periapical do dente 21 para avaliar tratamento endodôntico.

Radiografia Interproximal de pré-molares e molares, direitos e esquerdos para avaliar cárie.

Dra. Ana Flávia Resende E. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 75.857

12/04/2021

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

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

2-N-



210218013

516635
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

Ministerio de Salud

1000 JOURNAL OF POST KEYNESIAN ECONOMICS



de Realização 41 - Motivo da Glosa 42 - Assinatura

[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]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Assim, o contrato que assina esse documento, os valores

1000 JOURNAL OF POST KEYNESIAN ECONOMICS

2

22



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: LAYLA REBECA PIMENTEL SILVA

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO DENTARIO E CARIE**

GOIÂNIA 05 DE MARÇO DE 2021.

Dra. Mariana Carneiro Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 12726

Dr MARIANA CARNEIRO FONTES

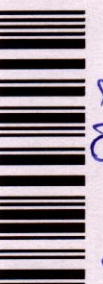
CRO GO 12726

Av T9 c/ Rua C212 n° 521 lt 10 S/2 Jardim América - Goiânia-GO

Fone: (62) 3996-0019

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



21048025

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 4-Data de Autorização 11/2/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8456639 7-Data Validade da Semeta 10/6/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 516634 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215326109100101011051 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome MARIA RITA PIMENTEL SILVA

08/02/2016

14-Teléfono () - - - - -

11-Data Validade da Carteira 11/2/10 15-Nome do Titular do plano ARTEMISA PRUDENCIO PIMENTEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1029130679107

22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

18-Número no CRO 11498

19-UF GO

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

25-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

23-Número no CRO 11498

24-UF GO

25-Código CNES

Enviar - RX

(I) 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 / Procedimento Solicitado

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	01081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			18/10/2016	Atendimento	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/04/2016 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 3-Parcial

46-Total Quantidade US 178,00

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, agito a solicitação 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 boa satisfação. 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

CEA-CENTRO RADIOLOGICO

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo de Empresa

Prudência Pimentel



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: MARIA RITA PIMENTEL SILVA

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO DENTARIO E CARIE**

GOIÂNIA 05 DE MARÇO DE 2021.

Dra. Mariana Carneiro Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 12726

Dr MARIANA CARNEIRO FONTES

CRO GO 12726

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

Fone: (62) 3996-0019

2-N^o

21052906

525472
INTERCÂMBIO

ide

1000

41-Motivo da Glosa 42-Asa

04202628

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

48-Total Franquia / Co-participação

o que assina esse documento

[illegible]

100

decido, que após ter sido devidamente esclarecida sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, compreendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tolham 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.

CONFIDENTIAL
100-1-10

[illegible]



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Micaelly Sales Batista

Solicitado:

Radiografia Panorâmica para avaliar 3° molares.

Radiografia Periapical do dente 54 e 64 para avaliar tratamento endodôntico.

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

12/04/2021

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

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

2-N^o

21043440

508423
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

ude

1000

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamiento / Procedimientos 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	8 1 0 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO			1	2 2 2 0 0		0 0 0 0			S 0 1 0 4 2 1	25/04/16
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	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
10/11/2011	2 1- Tratamento Odontológico	1 1- Total 2- Parcial	2 2 2 0 0	0 0 0 0	

Declaro, que após ler sido devidamente esclarecido 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 no 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	10/11/04/2011 [assinatura]
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	01/11/04/2011 [assinatura]
53-Data, local e Carimbo da Empresa	[]/[]/[] []/[]/[]

CIA-CENTRO RADIODONTOLÓGICO
CNPJ nº 06.783.333/0001-10



Paulo Manoel de Cruz

Send us radiographs

Check up periodontal

D. Oral Perio donk

24/03/24
Dr.ª Fernanda Maximo da Silva
Cirurgia Dentista
CRO-GO 13089

2-N-



21043440

to, conforme acima apresentados, aceite e autorizado a ser utilizado para fins de avaliação e de forma satisfatória. A(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. A(s)

DATA: 02/04/2010

01/04/2010

32-Dia, local e Assinatura do

✓ 2002



Paulo Manoel do Cruz

Seu ex voto fief
pono me 1:1

hl: Eodoltra

Dr. Fernando Maximo
Cirurgião Dentista
CRO-GO 13089

24/03/21