

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Razão Social: RADOC - RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLOGICA S/S LTDA

CNPJ: 07327055000150 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA 86E)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 8266/GO

Cirurgião Dentista: (16289) - IARA DE OLIVEIRA BATISTA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
326351 - I	ROSA MARIA DE CARVALHO (00202523237200000101)		18/06/2020	222	0.59	R\$ 130,98
329941 - I	BRENNO ARAUJO CARVALHO (00202523237200000102)		25/06/2020	222	0.59	R\$ 130,98
329946 - I	BRENNO ARAUJO CARVALHO (00202523237200000102)		25/06/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

N° de USOs: 522
N° de atendimentos: 3
Valor: R\$ 307,20

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 522
N° de atendimentos: 3
Valor: R\$ 307,20

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 522
N° de atendimentos: 3
Valor: R\$ 307,20

**RADOC RAD. E DOC.
ODONTOLÓGICA**
CNPJ: 07.327.055/0001-50

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 12:39

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

059784

2^o Nº



326351
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2018	4-Data de Autorização 18/10/2018	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7643318	7-Data Validade da Sentença 16/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000202523237237200000101	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 ROSA MARIA DE CARVALHO	14-Telefone (62) 3284135	15-Nome do titular do plano ROSA MARIA DE CARVALHO
-----------------------------------	-----------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	18-Número no CRO 8266	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7106284172	22-Nome do Contratado Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	23-Número no CRO 8266	24-UF GO	25-Código CNES
---	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	27-Número no CRO 8266	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 Gêsis	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO		1		22200	0,00	518,00		18/10/2018		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 22200	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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

RADOC RAD. E DDC.
ODONTOLOGICA
CNPJ: 07.327.055/0001-50

de Carvalho



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: ROSA MARIA DE CARVALHO

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

Goiânia, 09 de junho de 2020

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
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



329941
INTERCÂMBIO

Transmissível para versão 2007

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/06	4-Data de Autorização 10/03/07	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662457	7-Data Validade da Sentença 12/03/09
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202523237200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome BRENNO ARAUJO CARVALHO	14-Teléfono (62) 32844135	15-Nome do titular do plano ROSA MARIA DE CARVALHO
-----------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	18-Número no CRO 8266	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 71066284172	22-Nome do Contratado Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	23-Número no CRO 8266	24-UF GO	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	27-Número no CRO 8266	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 Glosa	42-Assinatura
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1	1	222,00	0,00			07/07/06		Brenno
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/07/06	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 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 07/07/06	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/06 Brenno Carvalh	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

RADOCS RAD. E DOC.
ODONTOLÓGICA
CNPJ: 07.327.055/0001-50



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: BRENNO ARAUJO CARVALHO

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

Goiânia, 09 de junho 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



329946
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 03/07/2012	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662479	7-Data Validade da Semina 23/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025232327200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome BRENNNO ARAUJO CARVALHO	14-Telefone (1621) 328414135	15-Nome do titular do Plano ROSA MARIA DE CARVALHO
------------------------------------	---------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	18-Número no CRO 8266	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 71066284172	22-Nome do Contratado Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	23-Número no CRO 8266	24-UF GO	25-Código CNES Envia - RX (1) 81000405
--	--	--------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	27-Número no CRO 8266	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 Glosa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00				07/07/2012		Brenno
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/07/2012	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	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 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 07/07/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

RADOC RAD E DOC.
ODONTOLÓGICA
CNPJ: 07.327.055/0001-80
Brenno Araujo Carvalho

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

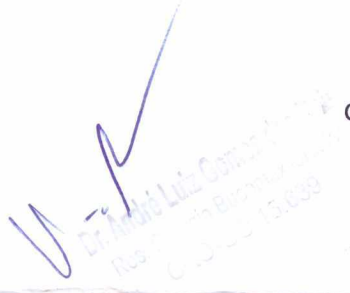
Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: BRENNO ARAUJO CARVALHO

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

Goiânia, 09 de junho 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