HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

Razão Social: C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODO

CNPJ: 86882925000129 (C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 12549/GO Cirurgião Dentista: (16255) - ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
348452 - I	THAISA QUENEHEN DOS SANTOS (00202529078600000101)		30/07/2020	78	0.58	R$ 45,24
349202 - I	REGILENE DE SOUSA GONCALVES (00202529156700000101)		31/07/2020	78	0.58	R$ 45,24
349890 - I	VALDENIR PEREIRA DA SILVA (00202530175500000101)		03/08/2020	14	0.6	R$ 8,40
351686 - I	ABIGAIL DE JESUS SOUSA (00202531058100000104)		05/08/2020	222	0.59	R$ 130,98
351694 - I	ROSA MARIA DE SOUSA (00202531058100000101)		05/08/2020	78	0.58	R$ 45,24
351700 - I	RAFAEL ANTONIO CRUZ (00202531058100000103)		05/08/2020	222	0.59	R$ 130,98
353561 - I	MAPARRE CAMILO DE SOUZA (00202530667700000101)		08/08/2020	78	0.58	R$ 45,24
353564 - I	MARY DAISY SOUZA DE OLIVEIRA (00202530667700000102)		08/08/2020	78	0.58	R$ 45,24
356875 - I	VALDENIR PEREIRA DA SILVA (00202530175500000101)		14/08/2020	14	0.6	R$ 8,40
359574 - I	GABRIELLA ANDRESSA LIMA RODRIGUES (00202531219400000101)		19/08/2020	78	0.58	R$ 45,24
360989 - I	RAFAEL ANTONIO CRUZ (00202531058100000103)		21/08/2020	346	0.49	R$ 169,54
366367 - I	ROSA MARIA DE SOUSA (00202531058100000101)		29/08/2020	346	0.49	R$ 169,54

Totalizador

N° de USOs:	1632
N° de atendimentos:	12
Valor:	R$ 889,28

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	1632
N° de atendimentos:	12
Valor:	R$ 889,28

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	1632
N° de atendimentos:	12
Valor:	R$ 889,28

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

976068

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348452

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7748152	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025292907860000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THAISA QUENEHEN DOS SANTOS 09/05/1988	( ) -	THAISA QUENEHEN DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01349185	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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 -	00	81004051	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	31/07/20		Thaísa
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
31/07/20	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	78,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/07/20	31/07/20 x Thaísa Quenehen dos Santos	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ.: 86.882.925/0001-29

QUALITY
Central de Odontologia

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Thaiza Queziehen dos Santos

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

GOIANIA, 30 / 01 / 2020

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - GO 6723

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

977357

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349202
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	04/08/20	AUTORIZADO	7751870	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002029159167000001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REGILENE DE SOUSA GONCALVES 18/05/1982	( ) -	REGILENE DE SOUSA GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01349185	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

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	00	81004051	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	04/08/20		Regilene
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
04/08/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	78,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/08/20	04/08/20 Regilene de S. Gonçalves	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ 32 925.0001-29

viscal

RECEITUÁRIO

ODONTOCLINICA

NOME/PACIENTE: Regilene de Souza Gonçalves.

ENDEREÇO:

TELEFONE:

Tamanho real 1:1

Panorâmica. para avaliação óssea e articular, e planejamento cirúrgico.

Go. 09/06/20

Dr. Bruno Viscal
CRO-GO 12332

Dr. Bruno Viscal Rocha
Cirurgião Dentista / Ortodontista
CRO-GO 12332

FONES: 62 3223-6222 | 99495-7355
Av. Goiás, nº 315, Apto. 1.004, Ed. Itamaraty
Entre a Rua 2 e o Banco Itau, Centro, Goiânia - GO

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

977760

2-Nº 349890

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7755012	01/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253017550000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDENIR PEREIRA DA SILVA 22/12/1965	( ) -	VALDENIR PEREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01349187985	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

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	00	81004211	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	05/08/2020		VALDENIR
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
05/08/2020	1 - 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 - 1-Total 2-Parcial	14,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/08/20	05/08/20 VALDENIR PEREIRA DA SILVA	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S
CNPJ: 06.882 9...

RELUZ
CENTRO MÉDICO E ODONTOLÓGICO

Paciente: Valdenir Pereira do Silva

Solicito:

(X) Periapical Dentes: J6
( ) Interproximais de molares D e E e pré- molares D e E.
( ) Panoramica: Topo
( ) Total check up

Finalidade: Avaliação de cáries proximais e regiões apicais dos dentes.,

Goiânia, 03 de 08 de 2020.

Dra. Isabella Ferreira
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 15970

(62)3224-9086 – Whatsapp (62) 99574-8501
Av. Tocantins nª 830 Qd. 71 Lt. 02 Centro, Goiânia -GO.
(Próximo ao Centro de Convenções)

979426

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 351686
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7763494	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 1 0 5 8 1 0 0 0 0 0 1 0 4	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ABIGAIL DE JESUS SOUSA 28/02/2000	( ) -	ROSA MARIA DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 1 3 4 9 8 7 9 1 8 5	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

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	08100029 4	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	07/08/20		Abigail
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
07/08/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	222,00	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	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/08/20	07/08/20 Abigail de Jesus e Souza	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLOGICA S/S LTDA
CNPJ: 86.882.928/0001-29

~~08/09~~ 9:00 Horas

QUALITY
Central de Odontologia

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA 06/08 = 8:10

PACIENTE: Abigail de Jesus Souza

- **LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (AVALIAÇÃO ENDODONTICA E PERIODONTAL SUSPEITA DE LESÃO INTRAOSSEA, E ATIVIDADE DE CÁRIE).**

GOIANIA, 31 / 7 / 20

Dra. Júlia Barbosa Martini
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 16203

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

979422

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 351694
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7763505	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253105810000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSA MARIA DE SOUSA 24/09/1974	( ) -	ROSA MARIA DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01349187985	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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 -	00	81004015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/08/20		Rosa
2 -											/ /		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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$
07/08/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	78,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/08/20	07/08/20 Rosa maria de sousa	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ.: 86.882.925/0001-29

QUALITY
Central de Odontologia

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA 06-08

PACIENTE: Rosa Maria de Souza

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

GOIANIA, 31 / 7 / 20

Dra. Júlia Barbosa Martini
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 16203

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

979813

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

351700
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	08/08/20	AUTORIZADO	7763524	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 1 0 5 8 1 0 0 0 0 0 1 0 3	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAEL ANTONIO CRUZ 13/08/1971	( ) -	ROSA MARIA DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 1 3 4 9 8 7 9 1 8 5	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

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	00	81009294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	08/08/20		x Rafael
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
08/08/20	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	222,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	08/08/20	08/08/20 x Rafael A-Ruz	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ 80.882.925.0001-29

Quality
Central de Odontologia

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA 08/08 9:00

PACIENTE: Rafael Antônio Cruz

- **LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (AVALIAÇÃO ENDODONTICA E PERIODONTAL SUSPEITA DE LESÃO INTRAOSSEA, E ATIVIDADE DE CÁRIE).**

GOIANIA, 30 / 7 / 20

Dra. Júlia Barbosa Martini
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 16293

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

982912

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 353561
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7772398	06/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025306677000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MAPARRE CAMILO DE SOUZA 18/12/1987	( ) -	MAPARRE CAMILO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01348798185	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

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 -	00	81004015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	14/08/20		x Aparré
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
14/08/2020	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	78,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20	14/08/20 x Aparré Camilo de Souza	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ. 86.882.925/0001-29

Quality
Central de Odontologia

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Maparri Camilo de Souza

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

GOIANIA, 20 / 07 / 20

Dr. Luís Paulo Licurs
Cirurgião Dentista - Ortodontia
CRO - GO 6773

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, n° 45. 5° ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

982983

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 353564

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7772401	06/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253066770000012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARY DAISY SOUZA DE OLIVEIRA 04/07/2007	( ) -	MAPARRE CAMILO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01349879185	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

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 -	00	81005	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	14/08/20		x Aparri
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
14/08/2020	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	78,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20 CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA CNPJ. 16.882.925/0001-29	14/08/20 x Aparri Camilo de Souza.	/ /

Quality
Central de Odontologia

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Mary Daisy Souza de Oliveira

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

GOIANIA, 20 / 07 / 20

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - GO 6723

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

384312

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 356875
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7787649	12/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 0 1 7 5 5 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDENIR PEREIRA DA SILVA 22/12/1965	( ) -	VALDENIR PEREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 1 3 4 9 8 7 9 1 8 5	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-RIS

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 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4	0 0	0 0	S	18/08/20		X VALDENIR
2 -											/ /		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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$
18/08/20	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	1 4 , 0 0	0 , 0 0	,

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
/ /	18/08/20	18/08/20 X VALDENIR PEREIRA DA SILVA	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ: 86.882.925 0001

RELUZ
CENTRO MÉDICO E ODONTOLÓGICO

Paciente: Valdenir Pereira da Silva.

Solicito:

(2) Periapical Dentes: 21 / 11
( ) Interproximais de molares D e E e pré- molares D e E.
( ) Panoramica: Topo
( ) Total check up

Finalidade: Avaliação de cáries proximais e regiões apicais dos dentes.

Enviar raio-x por emai: reluz1@outlook.com

Goiânia, 14 de agosto de 2020.

Dr. Renato Rocha Tomé
Cirurgião-Dentista
CRO-GO 14622

(62)3224-9086 – Whatsapp (62) 99574-8501
Av. Tocantins nª 830 Qd. 71 Lt. 02 Centro, Goiânia -GO.
(Próximo ao Centro de Convenções)
Emai: reluz1@outlook.com

985342

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 359574

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7799682	17/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531219400001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIELLA ANDRESSA LIMA RODRIGUES 02/12/1994	( ) -	GABRIELLA ANDRESSA LIMA RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01349879185	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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-	00	81004045	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	19/08/20		Gabriella
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
19/08/2020	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	78,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/08/20	19/08/20 Gabriella Andressa Lima Rodrigues	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ: 86.882.925/0001-29

viscal

RECEITUÁRIO

ODONTOCLINICA

NOME/PACIENTE: Gabriilla Andressa Laina Rodrigues

ENDEREÇO:

TELEFONE:

Solicito panorâmica para planejamento cirurgico e analiza óssea e radicular.

14/08/2020

Dr. Bruno Viscal Rocha
Cirurgião Dentista / Ortodontista
CRO-GO 12.332

Dr. Bruno Viscal
CRO-GO 12332

FONES: 62 3223-6222 | 99495-7355
Av. Goiás, nº 315, Apto. 1.004, Ed. Itamaraty
Entre a Rua 2 e o Banco Itau, Centro, Goiânia - GO

890487

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 360989
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/08/20	29/08/20	AUTORIZADO	7806231	19/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205310581000001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAEL ANTONIO CRUZ 13/08/1971	( ) -	ROSA MARIA DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01349879185	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

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-	00	3466	DOC ORTODONTICA "B"			1	346,00	0,00		S	29/08/20		XRAFALE
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
29/08/20	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	346,00	0,00	

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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/08/20	29/08/20 XRAFALEA notniocRuz	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ: 88.882.925/0001-29

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

PACIENTE: Rafael Antonio Cruz

- **RADIOGRAFIA PANORÂMICA**
- **TELERRADIOGRAFIA (USP-McNAMARA) RICKETTS**
- **FOTOGRAFIAS INTRA E EXTRABUCAIS**
- **MODELOS DE ESTUDO**
- **PASTA PVC**

(Avaliação Ortodôntica)

GOIANIA, 19 / 08 / 20

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO [illegible]

930565

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 366367
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/08/20	29/08/20	AUTORIZADO	7832290	27/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253105810000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSA MARIA DE SOUSA 24/09/1974	( ) -	ROSA MARIA DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	12549	GO	09

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01349817985	ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	12549	GO	

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	00	3466	DOC ORTODONTICA "B"			1	346,00	0,00		S	29/08/20		X Rosa
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
28/08/20	2 - 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 - 1-Total 2-Parcial	346,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/08/20	29/08/20 X Rosa maria de Sousa	/ /

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ. 06.882.923/0001-29

QUALITY
Central de Odontologia

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

PACIENTE: Rosa maria de Sousa

- **RADIOGRAFIA PANORÂMICA**
- **TELERRADIOGRAFIA (USP-McNAMARA) RICKETTS**
- **FOTOGRAFIAS INTRA E EXTRABUCAIS**
- **MODELOS DE ESTUDO**
- **PASTA PVC**
  (Avaliação Ortodôntica)

GOIANIA, 19 / 08 / 20

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - GO 6723

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