

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/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
450545 - I	RONILTON PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR (00202533366100000102)		11/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
450561 - I	ROZIMONE ALVES DE OLIVEIRA (00202533366100000101)		11/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
450567 - I	FRANCISCO DE JESUS SOUSA (00202533366100000104)		11/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
459817 - I	ERLEY MENDES DE OLIVEIRA (00202533116300000101)		21/01/2021	222	0.59	R\$ 130,98
470248 - I	JULIANA SOARES DAMASCENA (00202534342400000101)		04/02/2021	222	0.59	R\$ 130,98
472555 - I	VINICIUS DANIEL MOURAO DA SILVA (00202534505700000103)		08/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
473408 - I	STEFANIA DIAS ALVES PEREIRA (00202535094100000101)		09/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
473408 - I	STEFANIA DIAS ALVES PEREIRA (00202535094100000101)		09/02/2021	56	0.6	R\$ 33,60
473420 - I	JORDANNA ALVES DE SOUZA (00202535094100000102)		09/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
473420 - I	JORDANNA ALVES DE SOUZA (00202535094100000102)		09/02/2021	56	0.6	R\$ 33,60
473992 - I	YAGO PHILIPY ALVES DE SOUZA (00202535094100000103)		10/02/2021	222	0.59	R\$ 130,98
478231 - I	VALENTINA SOUZA ARAGAO CABRAL (40641400595900001204)		17/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
478903 - I	GUSTAVO MOREIRA MELO (00202535496600000101)		18/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
483012 - I	CRISTIELLY LEANDRO PERES CAMILO (00202535486500000101)		23/02/2021	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador

N° de USOs: 1624
N° de atendimentos: 12
Valor: R\$ 953,04

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 1624
N° de atendimentos: 12
Valor: R\$ 953,04

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 1624
N° de atendimentos: 12
Valor: R\$ 953,04

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.

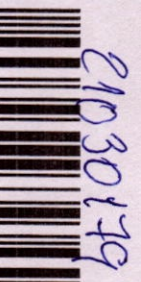
Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/03/2021 09:52

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 4-Data de Autorização 12/3/10 5-Será AUTORIZADO 6-Numero da Carteira 00020253548650000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/4/10 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 483012 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

13-Nome CRISTIELLY LEANDRO PERES CAMILO 31/05/1999 14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano CRISTIELLY LEANDRO PERES CAMILO 16-Data de Realização 23/02/2024 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 18-UF GO 19-UF GO 20-Código CRO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 102930679107 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 23-Numero no CRO 11498 24-UF GO 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Numero no CRO 11498 28-UF GO 29-Código CRO S

Planos 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 Guia	42-Assinatura
1-00	81000294	LEVANTAMENTO		1	22	2,00	0,00			23/02/2024		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição Término do Tratamento 23/02/2024 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 2222,00 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 planejada. 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

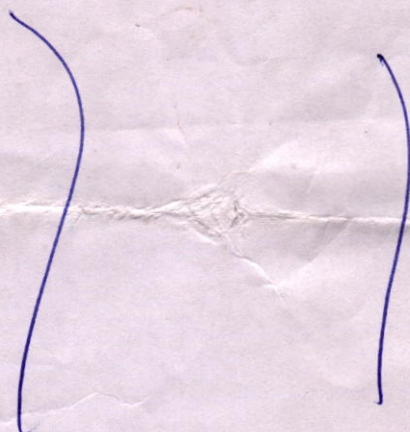
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

GRA-CENTRO RADIODONTOLÓGICO APARECIDA
CNPJ: 08.411.811/0001-10

Ass. Camilo

Christielly Leonardo Pires Lemilo

Solicito Rx Check-up e Avaliar doença periodontal.



Op. 17. 02. 2021

Dr. Y. Lima
Cirurgia - Dentista
CRO 25010

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



459817
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/21	4-Data de Autorização 27/10/21	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8233000	7-Data Validade da Serha 21/10/21
8-Número da Carteira 00202533116300000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome ERLEY MENDES DE OLIVEIRA			10/06/1972		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 029306791107			22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA		
25-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA			27-Número no CRO 11498		
28-UF GO			29-Código CRO S GO		
30-UF GO			31-Código CRO S GO		
32-UF GO			33-Código CRO S GO		
34-UF GO			35-Código CRO S GO		
36-UF GO			37-Código CRO S GO		
38-UF GO			39-Código CRO S GO		
39-UF GO			40-Código CRO S GO		
41-UF GO			42-Código CRO S GO		
43-UF GO			44-Código CRO S GO		
45-UF GO			46-Código CRO S GO		
47-UF GO			48-Código CRO S GO		
49-UF GO			50-Código CRO S GO		
51-UF GO			52-Código CRO S GO		
53-UF GO			54-Código CRO S GO		
55-UF GO			56-Código CRO S GO		
57-UF GO			58-Código CRO S GO		
59-UF GO			60-Código CRO S GO		
61-UF GO			62-Código CRO S GO		
63-UF GO			64-Código CRO S GO		
65-UF GO			66-Código CRO S GO		
67-UF GO			68-Código CRO S GO		
69-UF GO			70-Código CRO S GO		
71-UF GO			72-Código CRO S GO		
73-UF GO			74-Código CRO S GO		
75-UF GO			76-Código CRO S GO		
77-UF GO			78-Código CRO S GO		
79-UF GO			80-Código CRO S GO		
81-UF GO			82-Código CRO S GO		
83-UF GO			84-Código CRO S GO		
85-UF GO			86-Código CRO S GO		
87-UF GO			88-Código CRO S GO		
89-UF GO			90-Código CRO S GO		
91-UF GO			92-Código CRO S GO		
93-UF GO			94-Código CRO S GO		
95-UF GO			96-Código CRO S GO		
97-UF GO			98-Código CRO S GO		
99-UF GO			100-Código CRO S GO		

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

43-Data Presença Término do Tratamento 28/01/2021	44-Tipo de Atendimento 2- Tratamento Odontológico	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\$ 0,00
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/01/21					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/21					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/2021					
53-Data, local e Caimento da Empresa 28/01/21					

CLINICA ODONTOLÓGICA ERLEY MENDES DE OLIVEIRA

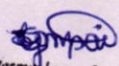


62 3290 5882
neoriso.com

Carley Mendes de Oliveira

Solicito Rx check-up para avaliar doença periodontal.

Go. 15.03.2021


Dr. Yasmin Lemes Sampaio
Cirurgiã Dentista
CRO 15010

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



2014545

1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão na Guia 11/10/11 21 4-Data de Autorização 12/7/10 11 21 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8182620 7-Data Validade da Semana 11/10/14 21 450567 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533661000000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FRANCISCO DE JESUS SOUSA 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ROZIMONE ALVES DE OLIVEIRA

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 CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 029306791107

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 CRO 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-Maior	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mocho da Gloriosa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	00	00	00	00	00	00	28/01/11
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 25/01/2011 44-Tipo de Atendimento 21-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Tipo Geral 46-Valor Total 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, 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 para minha 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/01/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/11 53-Data, local e Canto da Empresa

CENTRO RADIOLOGICO ODONTOLÓGICO
FONE: 41.911.6331-11
Jesús Jesus



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: FRANCISCO DE JESUS SOUSA

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DA
OCLUSÃO E CHECK UP PERIAPICAL PARA AVALIAÇÃO
ENDODONTICA E DIAGNÓSTICO DE CÁRIE**

GOIÂNIA, 08 DE JANEIRO DE 2021.

Dr. ANDRÉ LUIZ GOMES DOS REIS

CRO GO 15.639

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

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
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



21029649

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/02/2021

4-Data de Autorização
12/02/2021

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8306133

7-Data Validade da Sentença
19/05/21

8-Número da Carteira
002025354960000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/02/21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
GUSTAVO MOREIRA MELO

24/04/1999

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
GUSTAVO MOREIRA MELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RV
N

17-Nome do Profissional Solicitante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
02930679107

22-Nome do Contratado Executante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

18-Número no CRO
11498

19-UF
GO

20-Código CBO S
025 -

21-UF
GO

22-Código CNES
Enviar - RX

23-Código CBO S
(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-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 Guia	42-Assinatura
1-00	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	00	0,00	5		22/02/2021	Guia 22	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento
22/02/2021

44-Tipo de Atendimento
2-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
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 acordo satisfatório. 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

CRM - CENTRO RADIODIAGNÓSTICO

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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: GUSTAVO MOREIRA MELO

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

Goiânia, 16 de fevereiro de 2021


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

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

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

Fone: (62) 3996-0019

2-N



21022715

473420
INTERCÂMBIO

ude

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Dencrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	7,8	0 0		S			
2- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMDS		1	14	0 0		S			
3- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14	0 0		S			
4- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RME		1	14	0 0		S			
5- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	14	0 0		S			
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescricao Termo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento
 09/10/2021 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$
 1-Parcial 1 3 4 |0|0| 0 |0|0|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Deixo, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma definitiva. 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.

19-Observa:to

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	

[illegible]

4050a Perimeter

ordenação plus de Souza

Solicito Rx panorâmica e avaliar fixos.

Rx periapical dos dentes 17, 27, 36, 37, 46 e 47 e avaliar se há necessidade de tratamento endodôntico.

Go. 03.02.2023

Dr. ~~Regina~~ ^{Regina} Leites Sampaio
Cirurgiã Dentista
CRD 13610

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



450545
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 11/10/11 21	4-Data de Autorização 11/01/11 21	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8182524	7-Data Validade da Guia 11/10/11 21
8-Número da Carteira 0020253366100001021			9-Patrimônio POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/10/11 21
13-Nome RONILTON PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR			14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROZIMONE ALVES DE OLIVEIRA	
16-Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN KARLA WANESSA ALVES VITORIA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02930679107		22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA		23-Número no CRO 11498	24-UF GO
26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA		27-Número no CRO 11498	28-UF GO	29-Código CRO S	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1 0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-DenteRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US
2-1					7 8 0 0
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 28/01/2021					
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-Valor Quantidade US 7 8 0 0					
47-Valor Total R\$ 0 0 0					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/2021					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/2021					
53-Data, local e Cambo da Empresa					

GRA-CENTRO RADIOLÓGICO ANEXADA
CNPJ: 08.471.911/0001-10

Receita quada de C. Júnior

Receita



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: RONILTON PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DA
OCLUSÃO E CHECK UP PERIAPICAL PARA AVALIAÇÃO
ENDODONTICA E DIAGNÓSTICO DE CÁRIE**

GOIÂNIA, 08 DE JANEIRO DE 2021.

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

Dr. ANDRÉ LUIZ GOMES DOS REIS

CRO GO 15.639

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

Fone: (62) 3996-0019



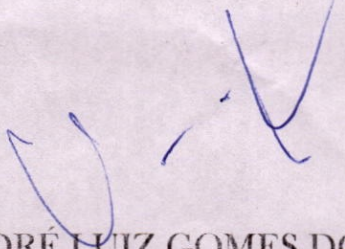
Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: ROZIMONE ALVES DE OLIVEIRA

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DA
OCLUSÃO E CHECK UP PERIAPICAL PARA AVALIAÇÃO
ENDODONTICA E DIAGNÓSTICO DE CÁRIE**

GOIÂNIA, 03 DE JANEIRO DE 2021.


Dr. ANDRÉ LUIZ GOMES DOS REIS

CRO GO 15.639

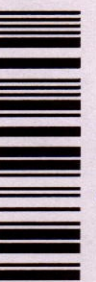
Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

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



473408
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/12 4-Data de Autorização 10/09/12 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8284022 7-Data Validade da Guia 10/05/12

8-Número da Carteira 10120125350941000001101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 10/11/11

13-Nome STEFANIA DIAS ALVES PEREIRA 18/09/1985 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano STEFANIA DIAS ALVES PEREIRA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

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 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 0181000405 26-Nome do Profissional Exceclante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Número no CRO 11498 28-UF GO 29-Código CBO S 0181000421 30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-1-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 Guia	42-Assinatura
1-000	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			09/10/2012	Stefania Dias Alves Pereira	
2-000	81000421	RX PERIAPICAL		1	1	14,00	0,00			09/10/2012	Stefania Dias Alves Pereira	
3-000	81000421	RX PERIAPICAL		1	1	14,00	0,00			09/10/2012	Stefania Dias Alves Pereira	
4-000	81000421	RX PERIAPICAL		1	1	14,00	0,00			09/10/2012	Stefania Dias Alves Pereira	
5-000	81000421	RX PERIAPICAL		1	1	14,00	0,00			09/10/2012	Stefania Dias Alves Pereira	
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/2012 44-Tipo de Atendimento 2 45-Tipo de Faturamento 1 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 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, autorizando 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 09/10/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GRA - CENTRO RADIOLOGICO APARECIDA
CNPJ: 05.471.810/0001-10
Stefania Dias Alves Pereira

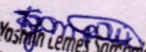
Alves Pereira

Stefânia Dias Alves Pereira

Solicito Rx panorâmica → avaliar axes

Rx periapical dos dentes 16, 26, 27, 36, 37, 47 → avaliar
necessidade de tratamento endodôntico.

Go. 03.02.2021


Drª Yasmin Lemes Sampaio
Cirurgiã Dentista
CRD 13010

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



21023069

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 11/01/12 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8279919 7-Data Validade da Semeta 10/09/10 8-Data Validade da Guia 10/05/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202534505700000103 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 VINICIUS DANIEL MOURAO DA SILVA

14-Telefone (11) 11111111

15-Nome do Titular do plano FRANCINEI DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

18-Número no CRO 11498

19-UF GO

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1029306791107

22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

23-Número no CRO 11498

24-UF GO

25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (11) 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 Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	7 8	0 0	0 0	0 0	S	10/02/2012	Francineide Mourao	
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 10/02/2012 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 7 8 0 0

47-Valor Total R\$ 0 0 0 0

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 realização 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

CRA - CENTRO RADIOLOGICO CARLA WANESSA ALVES VITORIA CNPJ: 06.471.911/0001-10



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: VINICIUS DANIEL MOURAO DA SILVA

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DE
TERCEIROS MOLARES E OSSOS DA FACE.**

GOIÂNIA, 27 DE JANEIRO DE 2021.

Dr. André Luiz G. dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO - GO 15.639

Dr. ANDRÉ LUIS GOMES DOS REIS

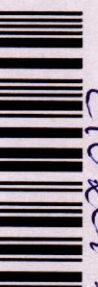
CRO GO 15.639

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

Fone: (62) 3996-0019

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



21026131

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012 4-Data de Autorização 15/01/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8286981 7-Data Validade da Sentença 11/01/2015

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 100210215350914100000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

YAGO PHILIPY ALVES DE SOUZA

30/08/2006

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

STEFANIA DIAS ALVES PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02930679107

22-Nome do Contratado Executante

KARLA WANESSA ALVES VITORIA

26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

27-Número no CRO

GO

28-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

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	08100294	LEVANTAMENTO			1	212100		0,00		15/02/2012		Stefania
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 15/02/12 44-Tipo de Aliamento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 11 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 212100 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 segura. 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

CRA - CENTRO RADIODENTOLÓGICO 0341-91118901-10

Stefania Pereira

Yago Philippe Alves de Souza

Solicito Rx check-up → fazer uma avaliação completa, já
que é a primeira consulta do paciente.

00.03.02.2021

Dr. Yago Lemes San-paio
Cirurgião Dentista
CRU 13610

2-4



21025811

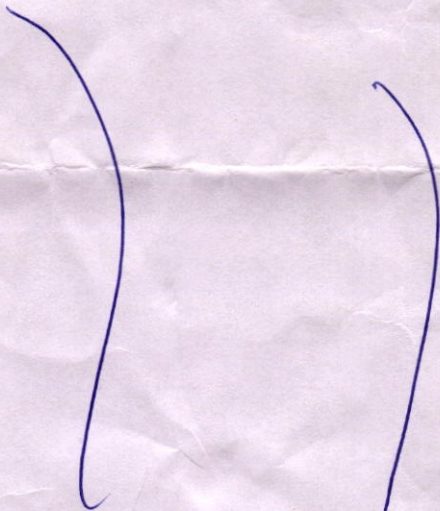
Domitiana



62 3290 5882
neoriso.com

Juliana Soares Ramascena

Solicito RX check-up para avaliar doença periodontal.



Dr. 
Namin Lemes Saripio
Cirurgião - Dentista
CRD 13010

Go. 30.01.2021