

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Razão Social: C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA SS LTDA

CNPJ: 03569238000120 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA CASTELO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 6348/GO

Cirurgião Dentista: (16245) - FABIANO DE SOUSA VAZ DE CAMPOS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
409287 - I	JOSE CARLOS ALBINO (00202533151100000102)		30/10/2020	222	0.59	R\$ 130,98
409306 - I	REGIANE LIMA DE PAIVA (00202533151100000101)		30/10/2020	222	0.59	R\$ 130,98
409311 - I	MARIANA LIMA DE PAIVA ALBINO (00202533151100000103)		30/10/2020	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador						
					Nº de USOs:	666
					Nº de atendimentos:	3
					Valor:	R\$ 392,94

Totalizador da Operadora						
					Nº de USOs:	666
					Nº de atendimentos:	3
					Valor:	R\$ 392,94

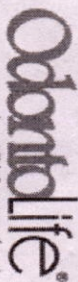
Totalizador da Clínica						
					Nº de USOs:	666
					Nº de atendimentos:	3
					Valor:	R\$ 392,94

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

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

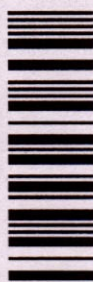
Data e Hora de Emissão: 01/12/2020 10:31

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



409287
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/10 10/210

4-Data de Autorização
10/11/11 11/210

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8014258

7-Data Validade da Sentença
28/01/11 11/211

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira
1001202531511100000102

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
JOSE CARLOS ALBINO

14-Telefone
06/10/1969

15-Nome do titular do plano
REGIANE LIMA DE PAIVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
N

17-Nome do Profissional Solicitante
C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA CASTELO

18-Número no CRO
6348

19-UF
GO

20-Código CBO S
09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
81964633168

22-Nome do Contratado Executante
FABIANO DE SOUSA VAZ DE CAMPOS

23-Número no CRO
6348

24-UF
GO

25-Código CNES
GO

26-Nome do Profissional Executante
FABIANO DE SOUSA VAZ DE CAMPOS

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	81000294	LEVANTAMENTO		1	2	2,00	0,00	5,07	11/2000			
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-Diagnóstico Termino do Tratamento
07/11/2000

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\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1,11

Decido, 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. Decido, 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

07/11/2000 C.I.R.O. CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

07/11/2000

53-Data, local e Carimbo da Empresa



INSTITUTO
VINICIUS DE MORAIS
DE ODONTOLOGIA

Solicitação de exames

- ① Paciente Jose Carlos Albino.
- ② Solicito levantamento periapical para avaliação periodontal.

20/03/2020

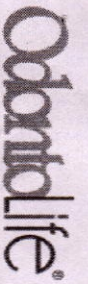
Dr. Vinicius de Moraes T. Leit.
CRO-GO 11129

62.3286 7065

62.98573 2223

@INSTITUTOVINICIUSDEMORAIS

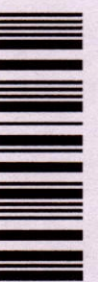
AV. C4 Nº 505 JD. AMÉRICA - GOIÂNIA - GO



Indicação para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/2010

4-Data de Autorização
10/11/2010

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8014328

7-Data Validade da Sentença
12/01/2011

409306
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025331511000001011

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
REGIANE LIMA DE PAIVA

21/11/1975

14-Teléfono
()

15-Nome do titular do plano
REGIANE LIMA DE PAIVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLÓGIA CASTELO

18-Número no CRO
6348

19-UF
GO

20-Código CBO S
09

21-Código CNES
GO

22-Código CBO S
6348

23-UF
GO

24-Código CBO S
6348

25-Código na Operadora / CNPJ / CPF
81964633168

26-Nome do Profissional Excitante
FABIANO DE SOUSA VAZ DE CAMPOS

27-Número no CRO
6348

28-UF
GO

29-Código CBO S
6348

30-UF
GO

31-Código CBO S
6348

32-UF
GO

33-Código CBO S
6348

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

1-0081000294 LEVANTAMENTO

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

16-1

17-1

18-1

19-1

20-1

21-1

22-1

23-1

24-1

25-1

26-1

27-1

28-1

29-1

30-1

31-1

32-1

33-1

34-1

35-1

36-1

37-1

38-1

39-1

40-1

41-1

42-1

43-1

44-1

45-1

46-1

47-1

48-1

49-1

50-1

51-1

52-1

53-1

54-1

55-1

56-1

57-1

58-1

59-1

60-1

61-1

62-1

63-1

64-1

65-1

66-1

67-1

68-1

69-1

70-1

71-1

72-1

73-1

74-1

75-1

76-1

77-1

78-1

79-1

80-1

81-1

82-1

83-1

84-1

85-1

86-1

87-1

88-1

89-1

90-1

91-1

92-1

93-1

94-1

95-1

96-1

97-1

98-1

99-1

100-1

101-1

102-1

103-1

104-1

105-1

106-1

107-1

108-1

109-1

110-1

111-1

112-1

113-1

114-1

115-1

116-1

117-1

118-1

119-1

120-1

121-1

122-1

123-1

124-1

125-1

126-1

127-1

128-1

129-1

130-1

131-1

132-1

133-1

134-1

135-1

136-1

137-1

138-1

139-1

140-1

141-1

142-1

143-1

144-1

145-1

146-1

147-1

148-1

149-1

150-1

151-1

152-1

153-1

154-1

155-1

156-1

157-1

158-1

159-1

160-1

161-1

162-1

163-1

164-1

165-1

166-1

167-1

168-1

169-1

170-1

171-1

172-1

173-1

174-1

175-1

176-1

177-1

178-1

179-1

180-1

181-1

182-1

183-1

184-1

185-1

186-1

187-1

188-1

189-1

190-1

191-1

192-1

193-1

194-1

195-1

196-1

197-1

198-1

199-1

200-1

201-1

202-1

203-1

204-1

205-1

206-1

207-1

208-1

209-1

210-1

211-1

212-1

213-1

214-1

215-1

216-1

217-1

218-1

219-1

220-1

221-1

222-1

223-1

224-1

225-1

226-1

227-1

228-1

229-1

230-1

231-1

232-1

233-1

234-1

235-1

236-1

237-1

238-1

239-1

240-1

241-1

242-1

243-1

244-1

245-1

246-1

247-1

248-1

249-1

250-1

251-1

252-1

253-1

254-1

255-1

256-1

257-1

258-1

259-1

260-1

261-1

262-1

263-1

264-1

265-1

266-1

267-1

268-1



INSTITUTO
VINICIUS DE MORAIS
DE ODONTOLOGIA

Solicitação de exames.

- ① Ponte Regione Timia de Baixo Alpinio.
- ② Solicito levantamento periapical para avaliação periodontal.

Dr. Vinicius de Moraes T. Leite
CRO-GO 11129

62. 3286 7065

62. 98573 2223

@INSTITUTOVINICIUSDEMORAIS

AV. C4 Nº 505 JD. AMÉRICA - GOIÂNIA - GO

2-N



20028755

409311
INTERCÂMBIOREGIANE LIMA DE PAIVA

09	025 -
----	-------

Faturar Empresa

29-Código CBO S38-Tanquias/Co-participação R\$

二、三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百。

— — — — —

—

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][illegible]

53-Data local e Carimbo

30.



INSTITUTO
VINICIUS DE MORAIS
DE ODONTOLOGIA

Solicitação de exames.

- ① Ponte Nova Lima de Paria Alpinis.
- ② Solicito levantamento periapical para avaliação periodontal.

Data: 30/10/20

Dr. Vinicius de Moraes T. Leite
CRO-GO 11129

62. 3286 7065

62. 98573 2223

@INSTITUTOVINICIUSDEMORAIS

AV. C4 Nº 505 JD. AMÉRICA - GOIÂNIA - GO