

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Razão Social: RADIO DIAGNOSTICO RADIOLOGIA SS LTDA

CNPJ: 13934794000102 (C.I.R.O. T 11)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 5194/GO

Cirurgião Dentista: (16285) - SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
388952 - I	WANDERLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA (00202531847700000101)		03/10/2020	222	0.59	R\$ 130,98
388953 - I	WANDERLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA (00202531847700000101)		03/10/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

Nº de USOs: 300
Nº de atendimentos: 2
Valor: R\$ 176,22

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 300
Nº de atendimentos: 2
Valor: R\$ 176,22

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 300
Nº de atendimentos: 2
Valor: R\$ 176,22

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

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

Data e Hora de Emissão: 03/11/2020 16:33

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/11 01/2101 4-Data de Autorização 10/6/11 01/2101 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7930171 7-Data Validade da Serinha 10/1/11 01/211

388952 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5/318477 0000101101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WANDERLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano WANDERLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 18-Número no CRO 5194 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 153039556134 22-Nome do Contratado Executante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 23-Número no CRO 5194 24-UF GO 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 27-Número no CRO 5194 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
1-00081000294		LEVANTAMENTO		1		222,00	0,00			06/10/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 06/10/2020 44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Particular 46-Total Quantitativo US 222,00 47-Valor Total R\$ 222,00 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, 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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento. 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 06/11/10/11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/10/11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/10/11/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa

DIAGNOSTICO RADIOLOGIA L.D.A. CNPJ: 13.934.794/0001-02



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: WANDERLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA

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

Goiânia, 10 de setembro de 2020

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

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

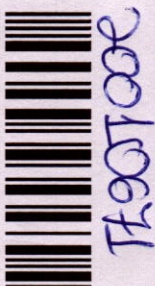
CRO GO 15.639

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

Fone: (62) 3996-0019

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/11 01/2101 4-Data de Autorização 10/6/11 01/2101 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7930177 7-Data Validade da Serinha 10/11/11 01/211

388953 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100201253184770000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WANDERLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA 14-Telefone 15/11/1999 15-Nome do titular do plano WANDERLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 18-Número no CRO 5194 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 153039556134 22-Nome do Contratado Executante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 23-Número no CRO 5194 24-UF GO 25-Código CNES (1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 27-Número no CRO 5194 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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	78100	0,00	0,00	0,00	S	06/10/2010		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 06/10/2010 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 78100 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. 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 06/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa

DIAGNOSTICO RADIOLOGIA E L 19410001-02
WANDERLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA
WANDERLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: WANDERLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA

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

Goiânia, 10 de setembro de 2020

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