

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

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
324714 - I	DANILO SANTOS DE ALMEIDA (00202530126200000101)		16/06/2020	78	0.58	R\$ 45,24
330784 - I	NARA POLIANA QUEIROZ DOS SANTOS (00202530563300000101)		26/06/2020	78	0.58	R\$ 45,24
330994 - I	JEFFERSON BORGES ROCHA (00202530563300000102)		29/06/2020	78	0.58	R\$ 45,24
331006 - I	JEFFERSON BORGES ROCHA (00202530563300000102)		29/06/2020	222	0.59	R\$ 130,98
333004 - I	LAERTE CANDIDO (00202530629400000102)		02/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
333004 - I	LAERTE CANDIDO (00202530629400000102)		02/07/2020	222	0.59	R\$ 130,98
333020 - I	IVONETE DE SOUSA VIEIRA (00202530629400000101)		02/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
333020 - I	IVONETE DE SOUSA VIEIRA (00202530629400000101)		02/07/2020	222	0.59	R\$ 130,98
335444 - I	DIANA DA SILVA PEREIRA (00202530415000000101)		07/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
335444 - I	DIANA DA SILVA PEREIRA (00202530415000000101)		07/07/2020	42	0.6	R\$ 25,20
335518 - I	NARA POLIANA QUEIROZ DOS SANTOS (00202530563300000101)		07/07/2020	222	0.59	R\$ 130,98
339442 - I	HELENIS TEIXEIRA DA CRUZ (00202530618000000101)		15/07/2020	70	0.6	R\$ 42,00
341684 - I	ANA CAROLINA TELES DO NASCIMENTO (00202530660600000102)		20/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
341695 - I	NARA RUBIA TELES MENDES (00202530660600000101)		20/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

Nº de USOs: 1624
Nº de atendimentos: 11
Valor: R\$ 953,04

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1624
Nº de atendimentos: 11
Valor: R\$ 953,04

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 1624
Nº de atendimentos: 11
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.

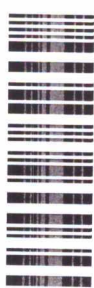
Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 29/07/2020 12:31

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



324714
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/06/2012 4-Data de Autuação 12/3/06/2012 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7635588 7-Data Validade da Semeta 14/09/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020253012620000001011 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 DANILLO SANTOS DE ALMEIDA 14-Teléfono 21/06/1988 15-Nome do titular do plano DANILLO SANTOS DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentistaRegião	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
1-0	018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00		5	23/06/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 23/06/2012 44-Tipo de Atendimento 1-1 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(ram) 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 23/06/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRA - CENTRO RADIOLOGICO CARRECA
 CNPJ: 05.47.511/0001-10

458675

Exame Radiográfico

Solicito checkup periapical do Paciente
Danilo Jorget de Almeida para
avaliação dos dentes com manchas
de cárie. Radiografia Panorâmica
para avaliação dos dentes siso.


Dra. Camilla Dias
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 13658

Goiânia, 10 junho 2020.

2-N^o

9644i

330784
INTERCÂMBIO

Assinatura do Cirurgião-Dentista
04/12/2011

Meliana G. des Jantes

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: maria Raliamar Queiroz dos Santos

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

GOIANIA, 24 / 06 / 2020


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

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811

**Rua 2, n° 45. 5° ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO**

2-N^o

97276

330994
INTERCÂMBIO

Assinatura do Cirurgião-Dentista

07/11/2020

CRA - CENTRO RABIDODONTOLÓGICO APRECIDADA

CNPJ: 06.471.911/0001-10

52

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Jefferson Borges Rocha

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

GOIANIA, 24 / 06 / 2020


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

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

2-N⁺

964 387

331006
INTERCÂMBIO

--

1000

[illegible]

-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 a arcar com os custos previstos no 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 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.

1001

do Cirurgião-Dentista

201

CRA-CENTRO RADIOLÓGICO APARECIDA
CNPJ: 05.411.911/0001-10

01

52-Dia 10

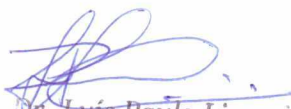
10/10/2019

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Jefferson Borges Rocha

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

GOIANIA, 24 / 06 / 2020


Dr. Luis Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - GO 6773

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811

**Rua 2, n° 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO**



1+ 05225

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 10/2/10 7/12/10 4-Dia de Autorização 12/1/10 7/12/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7677677 7-Dia Validade da Semeta 13/0/10 9/12/10

333004
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202530629400000102

9-Piano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira 1/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LAERTE CANDIDO

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano IVONETE DE SOUSA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 029306791071 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

18-Número no CRO 11498 23-Número no CRO 11498

19-UF GO 24-UF GO 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (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-Dentier/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Gêsea	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00		0,00		11/07/10		
2-00	81000294	LEVANTAMENTO		1	2	22,00		0,00		11/07/10		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/07/10

44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico

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

45-Tipo de Faturamento T-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 300,00

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. 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/10

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/10

53-Dia, local e Carimbo da Empresa

CRA-CENTRO RADIODIAGNÓSTICO APRECIADO
CNPJ 06.471.911/0001-10



Clínica
Integrada
De Saúde &
Bem Estar

Solicitação de exames

Paciente: Laerte Cândido

- ✓ Solicito radiografias Periapical Total (Check Up):
Detecção de lesões periapicais.
- ✓ Interproximal das regiões: Molares Direito e Esquerdo.
Pré-molares Direito e Esquerdo.
Diagnostico de caries proximais e oclusais
- ✓ Solicito Panorâmica.
Avaliação de canal mandibular

Goiânia, 30 de Junho de 2020

Dra. Márcia Luz Marques CRO: 9234.

CLÍNICA LUZ INTEGRADA - CRO 596

CNPJ: 10.437.592/0001-00

RT. Dra. Márcia Luz Marques - CRO 9234



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



070315

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/1989	4-Data de Autorização 12/11/07	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7677710	7-Data Validade da Senha 13/01/09
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

333020
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 000202530629400000101	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 IVONETE DE SOUSA VIEIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IVONETE DE SOUSA VIEIRA
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
18-Número no CRO 11498	19-UF GO
23-Número no CRO 11498	24-UF GO
25-Código CNES Envia - RX	25-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 029306791071	22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	27-Número no CRO 11498	28-UF GO	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA				

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	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00		S	21/07/2008		Inter
2-00	8100294	LEVANTAMENTO		1	2	22,00	0,00		S	21/07/2008		Inter
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/2010	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 30,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
49-Observação					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/07/2008	53-Data, local e Cambio da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

CRA - CENTRO RADIOODONTOLÓGICO APARECIDA
CNPJ: 06.471.911/0001-10
Sociedade Ltda



Clínica
Integrada
De Saúde &
Bem Estar

Solicitação de exames

Paciente: Ivonete De Sousa Vieira

- ✓ Solicito radiografias Periapical Total (Check Up):
Detecção de lesões periapicais.
- ✓ Interproximal das regiões: Molares Direito e Esquerdo.
Pré-molares Direito e Esquerdo.
Diagnostico de caries proximais e oclusais
- ✓ Solicito Panorâmica.
Avaliação de canal mandibular

Goiânia, 30 de Junho de 2020

Dra. Márcia Luz Marques CRO: 9234.

CLÍNICA LUZ INTEGRADA - CRO 596
CNPJ 10.637.592/0001-00
RT. Dra. Márcia Luz Marques - CRO 9234



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1+0568

335444
INTERCÂMBIO

1-Registro: ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 17/12/01	4-Data de Autorização 12/1/10 17/12/01	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7688063	7-Data Validade da Serina 10/5/11 10/12/01
---------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 0 4 1 5 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIANA DA SILVA PEREIRA	17/04/1990	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DIANA DA SILVA PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	18-Número no CRO 11498	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 2 9 3 0 6 7 9 1 0 7	22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	23-Número no CRO 11498	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	27-Número no CRO 11498	28-UF GO	29-Código CBO S (1) 81000421-RIS	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêses	42-Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	1 4	10 0	0	1	21/10 17/12/01	afianca	
2- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	1 4	10 0	0	1	21/10 17/12/01	afianca	
3- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1 4	10 0	0	1	21/10 17/12/01	afianca	
4- 0 0	8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7 8	10 0	0	1	21/10 17/12/01	afianca	
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10 17/12/01	44-1-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 2 0 10 0	47-Valor Total R\$ 0 10 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1
--	---	---	--------------------------------------	------------------------------	--

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 1/1/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10 17/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10 17/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/11
---	---	---	---

CRA - CENTRO RADIOODONTOLÓGICO APARECIDA
CNPJ: 05.471.911/0001-10
Pereira



Paciente: Luiza da Silva Pereira

Indicação:

Rx periapical dos dentes 16, 36, 37 e 11 para
avaliação endodôntica e periodontal dos mesmos.

Rx panorâmica para avaliar 3º molares.



Dra. Ana Flávia Resende Pinheiro
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 15.857



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



335518
INTERCÂMBIO

Brasão de Armas - 1993 - 2011

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/2017	4-Data de Autorização 12/11/2017	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7688363	7-Data validade da Serota 05/11/2017
---------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025305633000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data validade da Carteira 01/01/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome NARA POLIANA QUEIROZ DOS SANTOS	25/12/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NARA POLIANA QUEIROZ DOS SANTOS
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	18-Número no CRO 11498	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 012930679107	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 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- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO		1		22200	0,00		S	21/07/20		Maura
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/07/201	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 22200	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/07/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/07/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/07/2017
---	---	---	---

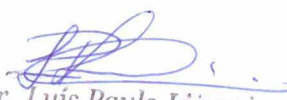
CRA - CENTRO RADIODONTOLÓGICO APARECIDA
CNPJ: 08.411.911/0001-10
Polianna A. dos Santos

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Nana Reliana Queiroz dos Santos*

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

GOIANIA, *24* / *06* / *2020*


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

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811

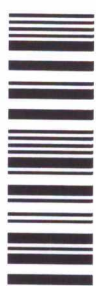
**Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO**



320014320-1003 VOLT 2007

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



339442
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/07/2011 4-Data de Autorização 12/07/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7706124 7-Data Validade da Senha 13/10/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530618000000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome HELENIS TEIXEIRA DA CRUZ

15-Nome do Titular do Plano HELENIS TEIXEIRA DA CRUZ

14-Teléfono () - - - - -

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 021930679107

26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

27-Número no CRO 11498

28-UF GO

29-Código CBO S 025 -

30-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

31-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

32-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

33-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

34-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

35-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

36-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

37-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

38-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

39-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

40-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

41-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

42-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

43-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

44-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

45-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

46-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

47-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

48-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

49-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

50-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

51-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

52-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

53-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

54-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

55-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

56-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

57-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

58-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

59-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

60-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

61-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

62-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

63-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

64-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

65-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

66-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

67-Fratura/Cop-participação R\$ 025 -

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 Caminho da Empresa

54-Data, local e Caminho da Empresa

55-Data, local e Caminho da Empresa

56-Data, local e Caminho da Empresa

57-Data, local e Caminho da Empresa

58-Data, local e Caminho da Empresa

CRA - CENTRO RADIOLÓGICO APARECIDA
CNPJ 08.471.911/0001-10

Eximio da Cruz



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Helenis Teixeira da Cruz

Solicito:

Rx Interproximal de pré-molares e molares,
direitos e esquerdos para avaliar cárie.

Rx Periapical do dente 16 para avaliação
endodôntica.



Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 15.857

09/07/2020.

Avenida Dona Maria Cardoso. 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

2-N^o

66894

341684
INTERCÂMBIO

20 Kozai

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

27/10/2020 Kássia Mendes

Ana Carolina Belles do nascimento

Solicito Rx check-up periapical → Avaliar necessidade de tratamento endodôntico nos dentes presentes.

Rx panorâmica → avaliar posição raízes dos sisos.


Dr. Vitor Lemes Samudio
Cirurgia - Dentista
CRO 13010

Op. 14.07.2020

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



341695
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 4-Data de Autorização 12/01/07 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7716122 7-Data Validade da Semeta 11/01/07

8-Número da Carteira 000202530660600000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/07

13-Nome NARA RUBIA TELES MENDES 14-Telefone () 15-Data Validade da Semeta 11/01/07 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

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 (I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 002930679107 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 23-Número no CRO 11498 24-UF GO 25-Código CNES (I) 81000405

26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Número no CRO 11498 28-UF GO 29-Código CBO S

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
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,80	0,00	0,00		27/07/2009	Marcelo
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/07/2009 44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 7,80 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 27/07/2009 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/2009 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/07/2009 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRA - CENTRO RADIOODONTOLÓGICO APARECIDA
CNPJ: 09.471.911/0001-10
Nara Rubia Teles Mendes

Nara Rúbia Gales Mendes

Solicitto RX panorâmica + Avaliar 3º molares.

RX check-up periapical → Avaliar necessidade de tratamento
endodôntico.

Dr. Yasmin Lemes Sam...
Cirurgiã - Dentista
Cf. 13000

Sp. 07.07.2020