

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2021

Razão Social: C R O I - CENTRO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S

CNPJ: 08668148000100 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA IPAMERI)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 11854/GO

Cirurgião Dentista: (16247) - LETICIA SILVA CARDOSO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
516929 - I	GILDETE DE SOUSA SANTANA (00202536849700000101)		07/04/2021	222	0.59	R\$ 130,98
527005 - I	NAYARITH ALEXANDRA CASTILLO ARANGUREN (00202536270700000103)		19/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
541321 - I	CRISTIAN QUELLI DE MORAIS (00202535237100000101)		04/05/2021	96	0.57	R\$ 54,72
547000 - I	AYARI CAROLINA ARANGUREN AGUILAR (00202536270700000101)		10/05/2021	346	0.49	R\$ 169,54
552677 - I	GESSICA FERNANDA LUCINDA OLIVEIRA (00202537877100000101)		15/05/2021	222	0.59	R\$ 130,98
557362 - I	JULIANA ALVES FERNANDES SILVA GIMENES (00202537577800000102)		20/05/2021	222	0.59	R\$ 130,98
559443 - I	MARCIA BARROS DO CARMO (00202536310700000101)		20/05/2021	222	0.59	R\$ 130,98
560394 - I	JULIANA ALVES FERNANDES SILVA GIMENES (00202537577800000102)		21/05/2021	78	0.58	R\$ 45,24
564831 - I	FRANCISCO GERARDO CARLOS DE OLIVEIRA (00202537873800000101)		26/05/2021	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador

N° de USOs: 1708
N° de atendimentos: 9
Valor: R\$ 969,64

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 1708
N° de atendimentos: 9
Valor: R\$ 969,64

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 1708
N° de atendimentos: 9
Valor: R\$ 969,64

CROI
CNPJ:08.668.148/0001-00

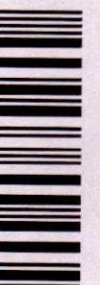
IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

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

Data e Hora de Emissão: 01/06/2021 11:16

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



21065960

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/03/2011 4-Data de Autorização 11/03/2011 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8571419 7-Data Validade da Sentença 08/08/2011 547000 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010102125362707000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome AYARI CAROLINA ARANGUREN AGUILAR 14-Telefone 11/03/1996 15-Nome do titular do plano AYARI CAROLINA ARANGUREN AGUILAR

16-Matrimônio a RN LETICIA SILVA CARDOSO 17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA SILVA CARDOSO 18-Número no CRO 11854 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00888579136 22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO 23-Número no CRO 11854 24-UF GO 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LETICIA SILVA CARDOSO 27-Número no CRO 11854 28-UF GO 29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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	346	DOC ORTODONTICA "B"			1	346,00	0,00			11/03/2011		ayari
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Exatidão Término do Tratamento 13/05/2011 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 346,00 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 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 15/10/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/2011 53-Data, local e Cartão da Empresa

CNPJ: 08.668.148/0001-00



RECEITUÁRIO

ODONTOCLÍNICA

NOME/PACIENTE: Ayari Carolina Aranguren Aguilón

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

Documentação ortodôntica
tipo 1 - pan-tel + modelo em
gesso + fotos

Para avaliação ortodôntica

?

30/03/2021

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



541321
INTERCÂMBIO

Identificação para o Guia

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
04/05/21

4-Data de Autorização
04/05/21

5-Sentia
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8549485

7-Data Validação da Sentia
02/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020253523710000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validação da Carteira
03/1/1982

12-Telefone
() -

13-Data Validação da Sentia
02/08/21

14-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
CRISTIAN QUELLI DE MORAIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
LETICIA SILVA CARDOSO

22-Nome do Contratado Executante
LETICIA SILVA CARDOSO

18-Número no CRO
11854

23-Número no CRO
11854

19-UF
GO

20-Código CBO S
025 -

24-UF
GO

25-Código CNES
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000413

26-Nome do Profissional Executante
LETICIA SILVA CARDOSO

27-Número no CRO
11854

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-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000413	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	9	6,00		0,00	5104	05/02/21		Letícia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento
04/05/21

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
96,00

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 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-Osseracção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
04/05/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
04/05/21

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
04/05/21

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
04/05/21

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
04/05/21

CRD 1481000413
CNPJ 08.668.148/0001-00
Guia de Leticia de Moraes



Solicitação:

Solicito a realização do exame de radiografia (panorâmica com traçado para implante) para a paciente Cristian Quelli de Moraes para indicação de suspeita ou confirmação clínica.

Goiania, 28/04/21.



Dr. Eliseu Brito
Esp. em Cirurgia e
Traumatologia Bucomaxilofacial
CRO-GO 10028

(62) 3096-8700

Alameda dos Buritis n. 376 c/ 23 - Setor Central Qd. 84 Lt. 54 - Goiania - GO

www.escoladeimplantes.com.br

2-N-



2107-24108

Natureza do Benefício ou Responsável	SS-Data, local
15/11/2019	
Imparcialidade	
Carla e Cláudio	

Dra. Wanessa Vilela L. Fernandes

Cirurgiã-Dentista | CRO-GO 8645

Ortodontia e Implantes Dentário

Pma! Francaise & Carlos de Oliveira

Plano: Dm de Lmi

Schub - Rx total cheap principal
- Total check up.

Motivo: Atalir lais, resto nodula
e endo dorso.

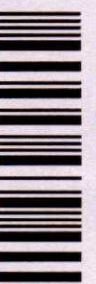
19/5/21
Wanessa Vilela L. Fernandes
Cirurgia - Dentista
Ortodontia e Implantodontia
CRO GO 8645

(62) 3978-7992

📍 Avenida C 17, 325 - Setor Sudoeste - Goiânia - GO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2068096

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 15/10/21 4-Data de Autorização 17/10/21 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8591629 7-Data Validade da Sentença 13/08/21 8552677 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 10020253787710000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GESSICA FERNANDA LUCINDA OLIVEIRA 28/03/1991 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GESSICA FERNANDA LUCINDA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA SILVA CARDOSO 18-Número no CRO 11854 19-UF GO 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0088579136 22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO 23-Número no CRO 11854 24-UF GO 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LETICIA SILVA CARDOSO 27-Número no CRO 11854 28-UF GO 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			31/05/21		assinatura
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Término do Tratamento 17/05/21 44-1-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-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\$

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 17/10/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/05/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO 1460001-00

CNPJ: 08.668.146/0001-00
Fernanda Oliveira



62 3290 5882

neoriso.com

Paciente Fernanda Lucinda Oliveira

Solicitado RX check-up → avaliar doença periodontal avançada, lesão de cárie, necessidade de tratamento endodôntico.

Cp. 12.05.2021


Dr. Yasmin Lemes Sampaio
Cirurgiã - Dentista
CRC 13010

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ª N^º



21071680

1-Registro ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 12/11/05 3-Dia de Autorização 12/11/05 4-Será Autorizado 5-Data de Realização 27/02/1979 6-Número da Guia Principal 8618365 7-Data Validade da Guia 11/08/12 8-Data Validade da Guia 11/08/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202537577800000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/08/12 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 560394 INTERCÂMBIO

13-Nome JULIANA ALVES FERNANDES SILVA GIMENES 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano PABLO HENDRIGO DE OLIVEIRA GIMENES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA SILVA CARDOSO 18-Número no CRO 11854 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01088579136 22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO 23-Número no CRO 11854 24-UF GO 25-Código CNES 0181000405 26-Nome do Profissional Executante LETICIA SILVA CARDOSO 27-Número no CRO 11854 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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	78,00	0,00			21/05/21		Juliana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prescrição/Término do Tratamento 21/05/21 44-Tipo de Atendimento 2 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 78,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchia / 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/05/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/21 Juliana Alves 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CNPJ: 08.688.148/0001-00

Fernandes e S. G. G. G.



Dra. Kelcileyde M. R. Marchesi

Cirurgiã Dentista
CRO-14718

Paciente: Juliana Alves Fernandes e
Silva Gimenes

Solicito checkup periapical para avaliar
lesões cariosas e ápices de raízes.
Solicito também panorâmica para avaliar
lesões periapicais e sises.
Enviar no e-mail: kelcileyde@hotmail.com

Gerânia - 19/05/2021

Dra. Kelcileyde M. R. Marchesi
Cirurgiã Dentista
CRO-14718

N-7.



21072101

Case

Dra. Wanessa Vilela L. Fernandes

Cirurgiã-Dentista | CRO-GO 8645

Ortodontia e Implantes Dentário

Pac: Mariana Barma do Carmo

Plan: Dm 1º Uni

Solicito Rx Periapical + lateral
check up.

Tratamento: Avaliação, Tratamento
de canal, raiz residual.

12/15/21

Wanessa Vilela L. Fernandes
Cirurgiã - Dentista
Ortodontia e Implantodontia
CRO GO 8645

(62) 3978-7992

📍 Avenida C 17, 325 - Setor Sudoeste - Goiânia - GO

21063852

527005
INTERCÂMBIO8-Número da Carteira13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

26-Nome do Profissional Registrante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LETICIA SILVA CARDOSO	11854	GO	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible][illegible][illegible][illegible]

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][illegible][illegible][illegible][illegible]

15

43-Data Previsto Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Pagamento	
46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia / Co-cobranço R\$	

[illegible]

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 acatar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 acatar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Dirigente-Orientista Socialmente	[]/[]/[] []/[]/[]
51-Dia, local e Assinatura do Dirigente-Orientista	[]/[]/[] []/[]/[]
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	<u>15/10/10</u> <u>Sílvio C.A.A.</u>
53-Dia, local e Cambio da Empresa	[]/[]/[] []/[]/[]

CR 01
CNPJ: 08.868.143/0001-09

explain



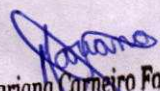
Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: NAYARITH ALEXANDRA

**SOLICITO LEVANTAMENTO PERIAPICAL CHECK UP E
PANORAMICA PARA AVALIAÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO DENTARIO E AVALIAÇÃO
ENDODONTICA**

GOIÂNIA, 07 DE ABRIL DE 2021.


Dra. Mariana Carneiro Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 12726

Dra. MARIANA CARNEIRO FONTES

CRO GO 12.726

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

Fone: (62) 3996-0019



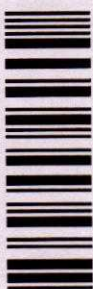
Gibete de fouse fontone

Sobret ex radiografias
montamento perispiral

Pr. And Peridontal

12/04/20
Dr. Fernando Martins
Cirurgião Dentista
CRO-GO 13044

2-N



21052907

516929
INTERCÂMBIO