

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

Razão Social: RADO - RADIOLOGIA E DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA S/S LTDA

CNPJ: 07327055000150 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA 86E)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 8266/GO

Cirurgião Dentista: (16289) - IARA DE OLIVEIRA BATISTA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
384371 - I	IVANICE BRITO DE SOUZA (00202530768900000101)		28/09/2020	78	0.58	R\$ 45,24
384524 - I	IVANICE BRITO DE SOUZA (00202530768900000101)		28/09/2020	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador						
					N° de USOs:	300
					N° de atendimentos:	2
					Valor:	R\$ 176,22

Totalizador da Operadora						
					N° de USOs:	300
					N° de atendimentos:	2
					Valor:	R\$ 176,22

Totalizador da Clínica						
					N° de USOs:	300
					N° 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: 01/10/2020 16:32

Página 1 de 1



20006007

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019 4-Data de Autorização 12/08/2019 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7910841 7-Data Validade da Serina 27/11/2012 384371 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Aluno da Carteira 10020253076890000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IVANICE BRITO DE SOUZA

30/07/1967

14-Telefone

15-Nome do titular do plano IVANICE BRITO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante IARA DE OLIVEIRA BATISTA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 171066284172

22-Nome do Contratado Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA

23-Número no CRO 8266

24-UF GO

25-Código CNES

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

(1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA

27-Número no CRO 8266

28-UF GO

29-Código CBO S

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-FranquiaCo-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00		S	28/09/2020	Ivanice	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

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) 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 Responsável 28/09/2020 RADOCA RADOCA

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/2020 Ivanice Brito de Souza

53-Data, local e Carimbo da Empresa

RADOCA RADOCA
CNPJ: 07.327.055/0001-50

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Iranice Brito de saze*

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

GOIANIA, 24 / 9 / 20

[Signature]
Dra. Jullia Barbosa Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 16203

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⁺

2006651

RADOCS S.A. - E.DOC.
 C.D.C.S.
 CNPJ: 07.000.000/0001-00

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Juamca Brito de Souza*

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

GOIANIA, 24 / 9 / 20

Dra. Júlia Barbosa Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 16203

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

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