

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

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
360384 - I	KARLENCRYS SILVA (00202530142500000101)		20/08/2020	78	0.58	R\$ 45,24
364216 - I	FABIANA GOMES (00202531448600000101)		26/08/2020	78	0.58	R\$ 45,24
364224 - I	FABIANA GOMES (00202531448600000101)		26/08/2020	222	0.59	R\$ 130,98
364233 - I	ALDO ANTONIO DE SOUSA LIMA JUNIOR (00202531448600000102)		26/08/2020	222	0.59	R\$ 130,98
364236 - I	ALDO ANTONIO DE SOUSA LIMA JUNIOR (00202531448600000102)		26/08/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

Nº de USOs: 678
Nº de atendimentos: 5
Valor: R\$ 397,68

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 678
Nº de atendimentos: 5
Valor: R\$ 397,68

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 678
Nº de atendimentos: 5
Valor: R\$ 397,68

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: 01/09/2020 09:42

Página 1 de 1



quantidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



985900

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/2018	4-Data de Autorização 20/08/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7803389	7-Data Validade da Senha 18/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202530142500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KARLENCRYS SILVA	14-Telefone 24/04/1976	15-Nome do titular do plano KARLENCRYS SILVA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA SILVA CARDOSO	18-Número no CRO 11854	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 008185719136	22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO	23-Número no CRO 11854	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405
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-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1	00818100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00	0,00	S	20/08/2018	assinada
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/08/2018	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\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 20/08/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

CNPJ: 08.698.148/0001-00



RECEITUÁRIO

ODONTOCLINICA

NOME/PACIENTE:

Karlenyus Silva.

ENDEREÇO:

TELEFONE:

Radiografia Panorâmica.

Tamanho real 1:1 - para -

planejamento cirúrgico, Avaliação

Órde e radiculares.

Dr. Bruno Viscal
CRO-GO 12332

Dr. Bruno Viscal Rocha
Cirurgião Dentista / Odonatista
CRO-GO 12332

Go. 16/07/2020.

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^{av}



989944

364216
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 8/12/01 4-Data de Autorização 12/8/10 8/12/01 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7822500 7-Data Validade da Guia 12/4/11 1/2/01

8-Número da Carteira 10/02/02 53144860000001001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIANA GOMES 01/01/1979 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FABIANA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Abandono 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 10/08/8579136 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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise	42-Assinatura
1-0	0	81000405				1	78,00			5/28/08/20		FABIANA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 50-Dati, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dati, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dati, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dati, local e Carimbo da Empresa

CRP 1-08-668148/0001-00

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis
CRO/GO: 15.639
Cirurgia Oral Menor
Clínica Geral

PARA: FABIANA GOMES

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

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

Goiânia, 21 de agosto de 2020

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



089974

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/2012 4-Data de Autorização 12/08/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7822524 7-Data Validade da Sentença 12/08/2012

8-Data de Benefício

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira

13-Plano FABIANA GOMES

01/01/1979

()

15-Nome do titular do plano FABIANA GOMES

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante N LETICIA SILVA CARDOSO

18-Número no CRO 11854

19-UF GO

20-Código CRO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100888579136 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-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
1-0	0181000294	LEVANTAMENTO		1	1	2,22,00	0,00			12/08/2012		Letícia Silva
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/08/2012 44-Tipo de Atendimento 2-Tipos de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 12,22,00 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CNPJ: 08.068.148/0001-00



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: FABIANA GOMES

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

Goiânia, 21 de agosto 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

2º



989941

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/6/10 8/12/0 4-Data de Autorização 12/8/10 8/12/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 782570 7-Data Validade da Senha 12/4/11 1/12/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202531448600000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALDO ANTONIO DE SOUSA LIMA JUNIOR 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano FABIANA GOMES

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1010818579136 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

Plano 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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000294	LEVANTAMENTO		1	1	2,22,00	0,00		5	28/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 28/08/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-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(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 28/08/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/20 53-Data, local e Cemitio da Empresa

CNPJ 08.668.148/0001-00
des. lbg. pr.



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: ALDO ANTONIO DE SOUSA LIMA JUNIOR

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

Goiânia, 21 de agosto 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



989971

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/08 4-Data de Autorização 12/8/08 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7822572 7-Data Validade da Série 12/4/11 8-Data Validade da Guia 12/01

364236
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025314486000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALDO ANTONIO DE SOUSA LIMA JUNIOR 14-Telefone 19/09/1984 15-Nome do titular do plano FABIANA GOMES

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 00088579136 22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO 23-Número no CRO 11854 24-UF GO 25-Código CNES 0181000405 26-Nome do Profissional Excitante 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/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Guisa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7	8,00	0,00	528,08	08/20			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 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\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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 Carimbo da Empresa

CNPJ: 08.868.148/0001-00
de S. do P.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: ALDO ANTONIO DE SOUSA LIMA JUNIOR

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

Goiânia, 21 de agosto 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