

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Razão Social: C R O I - CENTRO DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA 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
329368 - I	JUCILENE LACERDA (00202530381000000101)		24/06/2020	222	0.59	R\$ 130,98
334924 - I	HADASSA VITORIA ARANTES SOARES (00202530533900000104)		06/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
334930 - I	VANESSA FRANCISCA SOARES (00202530533900000101)		06/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
334932 - I	VANESSA FRANCISCA SOARES (00202530533900000101)		06/07/2020	222	0.59	R\$ 130,98
335352 - I	ANA RITA DOS REIS SOUSA (00202530535100000101)		07/07/2020	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador

N° de USOs: 822
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 483,42

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 822
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 483,42

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 822
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 483,42

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: 29/07/2020 12:41

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



4271277

8.878.814.814-814.814.814

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2016 4-Data de Autorização 12/04/2016 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7659185 7-Data Validade da Sentença 12/12/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025303810000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JUCILENE LACERDA 26/01/1972 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JUCILENE LACERDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 - 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 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
1-0	08100294	LEVANTAMENTO	1	1	1	2,12	2,10	0,10	S	24/06/20		Jucilema
2-1												
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 24/06/2020 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 2,12 2,10 47-Valor Total R\$ 0,10 0,10 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 24/06/2020 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/2020 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/2020 Jucilema Lacerda 53-Data, local e Caimento da Empresa

CNPJ: 08.668.148/0001-00

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE:

Jucilene Lacerda

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

GOIANIA, 17 / 06 / 20


Mariana Carneiro Pontes
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 12726

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



965814

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 07/12/10	4-Data de Autorização 11/01/07/12/10	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7685747	7-Data Validade da Serinha 10/04/11/01/12/10
--------------------------	--	---	-------------------------	---------------------------------------	---

334924
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01012012151305133900000010104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome HADASSA VITORIA ARANTES SOARES		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano VANESSA FRANCISCA SOARES	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA SILVA CARDOSO		18-Número no CRO 11854	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00088579136		22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO		19-UF GO	
26-Nome do Profissional Executante LETICIA SILVA CARDOSO		27-Número no CRO 11854		20-Código CBO S 025 -	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:		28-UF GO		24-UF GO	
		29-Código CBO S		25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405	

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 Clossa	42-Assinatura
1-010	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	1010	0,00			11/01/12		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/12	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 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/12	53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

CNPJ: 08.668.148/0001-00
CRO: 11010711201
Francisca Soares

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Barbosa Vitória Arantes Soares*

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

GOIANIA, 13 / 6 / 20

Dra. Júlia Barbosa Martini
Cirurgiã Dent.
CRO-GO 16203

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



465837

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 06/07/2014 4-Data de Autorização 10/07/2014 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7685760 7-Data Validade da Serina 10/11/2014

334930
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00202530533900000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome VANESSA FRANCISCA SOARES 14-Telefone () 24/11/1988 15-Nome do Titular do Plano VANESSA FRANCISCA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA SILVA CARDOSO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0088579136 22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO

25-Nome do Profissional Executante LETICIA SILVA CARDOSO 27-Número no CRO 11854 28-UF GO 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

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
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	78	00	0,00	S	10/07/2014	X		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/07/2014 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 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 10/07/2014 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/2014 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/2014 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CNPJ: 08.668.788/0001-00
CRO 100001-00
Francisca Soares

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE:

Janessa F. Soares

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

GOIANIA, 19 / 06 / 20

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRM - GO 6723

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRM - 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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



965817

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/20	4-Data de Autorização 10/07/20	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7685761	7-Data Validade da Sentença 04/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

334932
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 02020253053390000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANESSA FRANCISCA SOARES	24/11/1988		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VANESSA FRANCISCA SOARES

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 0088579136	22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO	23-Número no CRO 11854	24-UF GO	25-Código CNES Faturar Empresa
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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	008100294	LEVANTAMENTO		1	22200	0,00			S	10/07/20		Letícia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/07/20	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Endereço da Empresa		

CNPJ: 08.668.148/0001-00
CRO: 110107/20
Francisca Soares

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE:

Janessa F. Soares

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

GOIANIA,

19 / 06 / 20

Dr. Luís 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**



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



964385

335352
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2012	4-Data de Autorização 10/10/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7687541	7-Data Validade da Sentença 10/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010202530535100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 10/10/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANA RITA DOS REIS SOUSA	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano ANA RITA DOS REIS SOUSA
------------------------------------	--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
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 - Faturar Empresa

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
--	---	---------------------------	-------------	----------------

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										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-	0081000294	LEVANTAMENTO	1		1	222,00	0,00					07/07/20		Ana Rita
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/07/20	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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2012 Ana Rita	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------

CNPJ: 08.668.148/0001-00

Ana Rita Sousa

Ana Rita dos Reis Sousa

solicito Rx check-up periapical -> avaliar qual o tratamento adequado para essa paciente.

01.07.2020

Drª. Yasmin Lemes Sam...
Cirurgiã Dentista
Cf.C 13600