

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

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	Vlr USO Coop.	Total
509502 - I	LANA GABRIELA OLIVEIRA SANTOS (00202536238400000101)		26/03/2021	42	0.6	R\$ 25,20
535654 - I	IZOMIRO JOSE DA CRUZ (00202524293500058205)		28/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

N° de USOs:	120
N° de atendimentos:	2
Valor:	R\$ 70,44

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	120
N° de atendimentos:	2
Valor:	R\$ 70,44

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	120
N° de atendimentos:	2
Valor:	R\$ 70,44

RADO RAD. E DOC.
ODONTOLÓGICA
CNPJ: 07.327.055/0001-50

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: 03/05/2021 12:13

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



21023434

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/03/2021	4-Data de Autorização 29/03/2021	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8426843	7-Data Validade da Sentença 24/06/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

509502
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1002102536238400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LANA GABRIELA OLIVEIRA SANTOS	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano LANA GABRIELA OLIVEIRA SANTOS
--	----------------------	--

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	18-Número no CRO 8266	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
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 Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421-RPSE (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA	27-Número no CRO 8266	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-Monto da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8100421	RPSP	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/04/2021	10,00	Done
2-0	0	8100421	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/04/2021	10,00	Done
3-0	0	8100421	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/04/2021	10,00	Done
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 Previsto Término do Tratamento 04/04/2021	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/04/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/04/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

ODONTOLOGICA
CNPJ 07.327.058/0001-50
Lana Gabriela
Diretora Sentes



Nome: Gabriela Almeida
Status ex radiográfico
periapical ebmeter: 25,
15, 46 e 47.

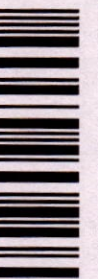
Just. Tratamento indicado

Dr. 28/03/24
Dra. Fernanda Matos da Silva
Cirurgia Dentista
CR-00013083

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º

21056838



1-Registro AOS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/08/2014 3-Data de Autorização 12/08/2014 4-Será AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8528577 6-Data de Validade da Guia 12/10/2014 7-Data de Validade da Guia 12/10/2014 8-Data de Validade da Guia 12/10/2014

9-Plano

10-EMPRESA POS REDE PRESTADORA E

11-Data de Validade da Guia 12/10/2014

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-NOME IZOMIRO JOSE DA CRUZ

04/11/1953

14-Telefone () 7 6 7 2 1 2 7 9 5

15-NOME do titular do plano VICTOR GRECCO CRUZ

16-Atendimento a RN

17-NOME do Profissional Solicitante IARA DE OLIVEIRA BATISTA

18-Número no CRO 8266

19-UF GO

20-Código CRO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17 1 0 6 6 2 8 4 1 7 2

22-NOME do Contratado Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA

23-Número no CRO 8266

24-UF GO

25-Código CNES

Enviar - RX

(1) 81000405

26-NOME do Profissional Executante IARA DE OLIVEIRA BATISTA

27-Número no CRO 8266

28-UF GO

29-Código CRO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região 34-Face 35-Classe 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Cobia 42-Assinatura

1-0 0 8 1 0 0 0 4 0 5

1 7 8 0 0

0 0 0

S 12/08/2014

28/08/2014

2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-

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

12/10/2014

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

1- Total 2- Parcial

7 8 0 0

0 0 0

0 0 0

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/08/2014

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/08/2014

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/08/2014

RADIOGRAD. E DDC. ODONTOLÓGICA CNPJ: 07.327.058/0001-11



SORRIA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Dr. João Marcos Ribeiro
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 13761

Paciente: Izomiro José da Cruz

Soluto: check up Periapical: avaliar Periapice

Panorâmica 10 Po: avaliar condição óssea, Periodontal.

Dr. João Marcos Ribeiro Pires
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 13761

27/04/2021

GOIÂNIA (GO)
Av. 136, Edifício New York - Sala A 504
(62) 3241-7708 / ☎ (62) 9.9291-6202