

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

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

CNPJ: 08668148000100 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RÁDIODONTOLOGIA 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
421718 - I	ANTONIO JOVAIR GRACIANO DA SILVA (00202532892800000102)		18/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
421744 - I	DILMA CHAGAS DE SOUZA MENEZES (00202532892800000101)		18/11/2020	222	0.59	R\$ 130,98
425491 - I	ALICE FERNANDES DA SILVA (00202533400500000101)		23/11/2020	28	0.6	R\$ 16,80

Totalizador						
				N° de USOs:		328
				N° de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 193,02

Totalizador da Operadora						
				N° de USOs:		328
				N° de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 193,02

Totalizador da Clínica						
				N° de USOs:		328
				N° de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 193,02

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: 01/12/2020 09:53

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



421718
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/8/11/11/2/0

4-Data de Autorização
26/11/11/2/0

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8064607

7-Data Validade da Santa
16/10/21/2/1

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202532892800000102

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
ANTONIO JOVARR GRACIANO DA SILVA

07/07/1965

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
DILMA CHAGAS DE SOUZA MENEZES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adesamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LETICIA SILVA CARDOSO

18-Número no CRO
11854

19-UF
GO

20-Código CRO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

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-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Ord	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 PANORÂMICA		1	78	00	0,00	518611180				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Adesamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$							
26/11/11/180	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Emergência	1-Total 2-Parcial	78,00	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(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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Caimbo da Empresa

CNPJ: 08.068.148/0001-00

Graciano de Siqueira

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

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

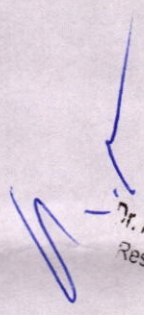
PARA: ANTONIO JOVAIR GRACIANO DA SILVA

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

Goiânia, 17 de novembro de 2020

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

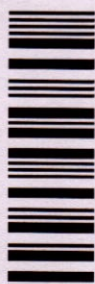

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

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

Fone: (62) 3996-0019

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



20040831

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/08/11 4-Dia de Autorização 12/06/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8064719 7-Data Validação da Sentença 11/06/11 8-Data Validação da Guia 11/06/11

8-Número da Carteira 0002025328928000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 11/06/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 421744 INTERCÂMBIO

13-Nome DILMA CHAGAS DE SOUZA MENEZES 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano DILMA CHAGAS DE SOUZA MENEZES

16-Atendimento a RN N 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 00088579136 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

30-1-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	081000294	LEVANTAMENTO		1	1	222,00	0,00			11/06/11		Dilma
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 26/11/2010 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, 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 Canto da Empresa

CNPJ 08.688.141/0001-00
Dilma Chagas de Souza Menezes



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: DILMA CHAGAS DE SOUZA MENEZES

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

Goiânia, 17 de novembro de 2020

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
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^{AN}



425491
INTERCÂMBIO

Identificação para você emitir

1-Registro AINS 406414

3-Dia de Emissão da Guia 23/11/2012

4-Dia de Autorização 27/11/2012

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8080574

7-Data Validade da Senha 12/1/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025340050000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALICE FERNANDES DA SILVA

30/03/1976

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ALICE FERNANDES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento 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 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

Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE

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 Causa	42- Assinatura
1-0	0	81000421	RX PERIAPICAL		1	14,00				27/11/2012		Alice
2-0	0	81000421	RX PERIAPICAL		1	14,00				27/11/2012		Alice
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 27/11/2012

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 28,00

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), (foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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 27/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 27/11/2012 Alice Fernandes

53-Data, local e Assinatura da Empresa



Dra. Priscilla Rodrigues
CLÍNICA GERAL E ENDODONTIA - CRO 13611

ENCAMINHAMENTO PARA RAOX

PACIENTE: ALICE FERNANDES DA SILVA

PERIAPICAIS:

() TOTAL CHECK-UP

(x) DENTES: 23, 24, 25

INTERPROXIMAIS:

() PRÉ-MOLARES E MOLARES DIREITO

() PRÉ-MOLARES E MOLARES ESQUERDO

() PANORÂMICA

JUSTIFICATIVA: PARA AVALIAÇÃO
ENDODONTICA

Priscilla Rodrigues Costa
Cirurgia-Dentista
CRO/GO: 13611

DATA: 23 / 11 / 2020.

TOP ODONTOLOGIA

AVENIDA PARANÁ N°226 SETOR CAMPINAS

CEP: 74513-090