

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

Razão Social: RADIO DIAGNOSTICO RADIOLOGIA SS LTDA

CNPJ: 13934794000102 (C.I.R.O. T 11)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 5194/GO

Cirurgião Dentista: (16285) - SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
465985 - I	LAURIENE BRAGA QUEIROS (00202507811900273302)		30/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
475041 - I	WANEISSA JAQUELINE SOUSA SILVA (00202535257600000101)		11/02/2021	42	0.6	R\$ 25,20
475071 - I	ANA LAURA GONCALVES DA SILVA (00202535257600000103)		11/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
475071 - I	ANA LAURA GONCALVES DA SILVA (00202535257600000103)		11/02/2021	28	0.6	R\$ 16,80
475084 - I	ARTHUR GONCALVES SILVA (00202535257600000104)		11/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
475084 - I	ARTHUR GONCALVES SILVA (00202535257600000104)		11/02/2021	42	0.6	R\$ 25,20

Totalizador					
				Nº de USOs:	346
				Nº de atendimentos:	4
				Valor:	R\$ 202,92

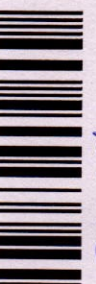
Totalizador da Operadora					
				Nº de USOs:	346
				Nº de atendimentos:	4
				Valor:	R\$ 202,92

Totalizador da Clínica					
				Nº de USOs:	346
				Nº de atendimentos:	4
				Valor:	R\$ 202,92

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: 01/03/2021 10:15



25025128

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012 4-Data de Autorização 12/10/2012 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8291766 7-Data Validade da Sentia 12/10/2012 8-Data Validade da Sentia 12/10/2012

9-Nome ANA LAURA GONCALVES DA SILVA 10-Endereço POS REDE PRESTADORA 11-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 12-Endereço WANESSA JACQUELINE SOUSA SILVA

13-Endereço ANA LAURA GONCALVES DA SILVA 14-Endereço POS REDE PRESTADORA 15-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 16-Endereço WANESSA JACQUELINE SOUSA SILVA

17-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 18-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 19-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 20-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

21-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 22-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 23-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 24-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

25-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 26-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 27-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 28-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

29-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 30-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 31-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 32-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

33-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 34-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 35-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 36-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

37-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 38-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 39-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 40-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

41-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 42-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 43-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 44-Endereço SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

Nome: Ana Laura Gonçalves da Silva.

Reclamo Radiográfico.

Solicito para a paciente radiografia panorâmica para avaliar estágio de nódulo dos permanentes e periapical dos dentes 46 e 36 para avaliar tratamento de canal iniciável.

Dra. Mariana Bertalotti
Cirurgiã Dentista Ortodontista

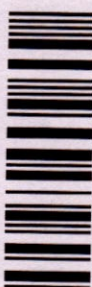
CRO-GO 16.036

Carimbo e Assinatura

09/
02/
21.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



475084
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012

4-Data de Autorização 11/12/2012

5-Sentença AUTORIZADO

6-Numero da Guia Principal 8291800

7-Data Validade da Sentença 11/12/2015

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00202535257600000104

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ARTHUR GONCALVES SILVA

23/1/2012

15-Nome do titular do plano WANESSA JAQUELINE SOUSA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

18-Numero no CRO 5194

19-UF GO

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 81000405

(1) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

53039556134

22-Nome do Contratado Executante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

23-Numero no CRO 5194

24-UF GO

25-Código CNES

(1) 81000405

(1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

27-Numero no CRO 5194

28-UF GO

29-Código CBO S

(1) 81000405

(1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Old	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Recusa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7 8,0 0		0,0 0		11/12/2012		
2- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
3- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
4- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
5- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
6- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
7- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
8- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
9- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
10- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
11- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
12- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
13- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
14- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		
15- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		1		1 4,0 0		0,0 0		11/12/2012		

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/12/2012

44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Faturamento 1- Total Oficial

46- Total Quantidade US 1 2 0,0 0

47- Valor Total R\$ 0,0 0

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, 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 11/12/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/2012

53-Data, local e Cambio da Empresa

RADIO DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

base data

23025096

Nome: Arthur Gonçalves Silva.

Pedido Radiográfico.

Solicito radiografia panorâmica para avaliar estágio de mola dos dentes, radiografia periapical dos dentes 54, 55, 84, 75, 84 e 85 para avaliar profundidade de cárie e posterior tratamento.

CENTRO DE ESPECIALIDADES

MÉDICAS DE APARECIDA

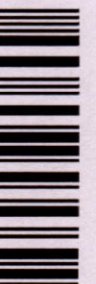
Dra. Mariana Bertalotti
Cirurgiã Dentista e Odontologia

CRQ-09 16.030
Carimbo e Assinatura

09/
02/
2024

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



21019088

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2011 4-Data de Autorização 10/03/2011 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8251614 7-Data Validade da Serinha 13/01/2011 465985 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202507811900273302 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LAURIENE BRAGA QUEIROS

06/06/1993

14-Telefone

15-Nome do Titular do plano WANDERSON CARLOS RODRIGUES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Averciamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

18-Número no CRO 5194

19-UF GO

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

153039556134

22-Nome do Contratado Executante

SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

23-Número no CRO

5194

24-UF GO

25-Código CNES

Enviar - RX (I) 81000405

26-Nome do Profissional Executante

SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO

27-Número no CRO

5194

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 Classe	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	78	00	0,00	0,00	5103	01/02/2011	Indicação	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento

10/3/01/2011

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\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme agenda 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

RADIO DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

10/3/11 08/11/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/3/11 08/11/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

01/3/01/2011/2011/2011/2011

53-Data, local e Caminho da Empresa

BRAGA LAURIENE



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

ANDRE LUIZ GOMES DOS REIS

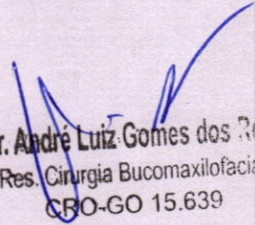
(CRO 15639)

PACIENTE: LAURIENE BRAGA QUEIROZ

EXAMES:

- PANORAMICA (Avaliação de canal mandibular)

GOIÂNIA, 03.02.2021

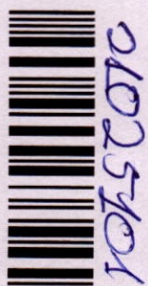

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

AV. T-9 N.2178, Jardim América

Fone: (62)3996-0019

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/21 4-Data de Autorização 12/10/21 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8291658 7-Data Validade da Santa 12/10/21 475041 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020253525760000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WANESSA JACQUELINE SOUSA SILVA 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano WANESSA JACQUELINE SOUSA SILVA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 18-Número no CRO 5194 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 53039556134 22-Nome do Contratado Executante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 23-Número no CRO 5194 24-UF GO 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante SIMONNE AYRES BEZERRA DE MELLO 27-Número no CRO 5194 28-UF GO 29-Código CBO S (I) 81000421- (II) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	12/10/2021	Wanessa		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	0,00	12/10/2021	Wanessa		
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	12/10/2021	Wanessa		
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Realizado 11/10/21 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 42,00 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/21 Wanessa Jacqueline 53-Data, local e Cmbio da Empresa

RADIO DIAGNOSTICO RADIOLOGIA

Wanessa Silva

Nome: Wanessa Jaqueline Sousa e Silva.

Pedido Radiográfico.

Solicito para o paciente radiografia periapical dos dentes 37, 38, 15 e 48 para avaliar possíveis caries iniciados o tratamento e avaliar corio. para posterior tratamento.

CENTRO DE ESPECIALIDADES

MÉDICAS DE APARECIDA

Dra. Mariana Bertaiolli
Cirurgia Dentária e Ortodontia
CRO-GO 16.036
Carimbo e Assinatura

09/
02/
2021