

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: ABRIL/2021

Razão Social: C.R.A CENTRO RADIODONTOLÓGICO AEROPORTO LTDA

CNPJ: 04738264000106 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA RADIAL)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 6198/GO

Cirurgião Dentista: (16257) - LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
488727 - I	LUIZ FERNANDO ASSIS SILVA (00202531374100000101)		02/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
492544 - I	WESLEY MACHADO MOREIRA (00202531673000000101)		05/03/2021	28	0.6	R\$ 16,80
492723 - I	CLEIDIA FERNANDA DE ARAUJO (00202535178200000102)		05/03/2021	222	0.59	R\$ 130,98
493965 - I	LUIZ GUSTAVO GOMES DA SILVA JARDIM (00202535446300000102)		08/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
494018 - I	VALTER ROSA NUNES (00202535446300000103)		08/03/2021	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador						
				Nº de USOs:	628	
				Nº de atendimentos:	5	
				Valor:	R\$ 369,24	

Totalizador da Operadora						
				Nº de USOs:	628	
				Nº de atendimentos:	5	
				Valor:	R\$ 369,24	

Totalizador da Clínica						
				Nº de USOs:	628	
				Nº de atendimentos:	5	
				Valor:	R\$ 369,24	

CRA - CENTRO RADIOLÓGICO AEROPORTO LTDA
CNPJ: 04.738.264/0001-06

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: 01/04/2021 11:48

Página 1 de 1

2-N



2103625

492723
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
CLODOALDO ANTONIO DA SILVA

025 -
Faturar Empresa25-Código CNES29-Código CBO S

39-Aut 40-Data de Realização 41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

5 08 02 0000

5 08 02 0000

5 08 02 0000

5 08 02 0000

5 08 02 0000

5 08 02 0000

5 08 02 0000

5 08 02 0000

5 08 02 0000

5 08 02 0000

5 08 02 0000

5 08 02 0000

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 a tratar com os custos previstos no orçamento. 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 pagadora 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-Observação53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRA - CENTRO RADIOLÓGICO AEROPORTO LTDA

CNPJ: 04.738.269/0001-06

Endereço: Rua José de Assunção, nº 108 II, Jd. 3

Município: São Paulo / SP

CEP: 05409-000

Telefone: (11) 5081-5081

E-mail: contato@cra.sp.gov.br

Fernando de

Crucifix



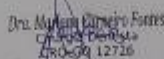
Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: CLEIDIA FERNANDES ARAUJO

**SOLICITO LEVANTAMENTO PERIAPICAL CHECK UP
PARA AVALIAÇÃO PERIODONTAL.**

GOIÂNIA, 05 DE DEZEMBRO DE 2021.


Dra. Mariana Carneiro Fontes
CRO GO 12726

Dra. MARIANA CARNEIRO FONTES

CRO GO 12.726

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

Fone: (62) 3996-0019

21026248

475262
INTERCÂMBIO12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
CESAR FERNANDES

to

17-Nome do Profissional Solicitante
LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO

Enviar - RX
(I) 81000421-
(I) 81000421-RCIE

(i) 81000421-
(j) 81000421-

39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Assinatura
--------	-----------------------	--------------------	---------------

16/02/2021

16	01	70	7	10/16
17	01	70	7	10/16
18	01	70	7	10/16
19	01	70	7	10/16
20	01	70	7	10/16
21	01	70	7	10/16
22	01	70	7	10/16
23	01	70	7	10/16
24	01	70	7	10/16
25	01	70	7	10/16
26	01	70	7	10/16
27	01	70	7	10/16
28	01	70	7	10/16
29	01	70	7	10/16
30	01	70	7	10/16
31	01	70	7	10/16
32	01	70	7	10/16
33	01	70	7	10/16
34	01	70	7	10/16
35	01	70	7	10/16
36	01	70	7	10/16
37	01	70	7	10/16
38	01	70	7	10/16
39	01	70	7	10/16
40	01	70	7	10/16
41	01	70	7	10/16
42	01	70	7	10/16
43	01	70	7	10/16
44	01	70	7	10/16
45	01	70	7	10/16
46	01	70	7	10/16
47	01	70	7	10/16
48	01	70	7	10/16
49	01	70	7	10/16
50	01	70	7	10/16
51	01	70	7	10/16
52	01	70	7	10/16
53	01	70	7	10/16
54	01	70	7	10/16
55	01	70	7	10/16
56	01	70	7	10/16
57	01	70	7	10/16
58	01	70	7	10/16
59	01	70	7	10/16
60	01	70	7	10/16
61	01	70	7	10/16
62	01	70	7	10/16
63	01	70	7	10/16
64	01	70	7	10/16
65	01	70	7	10/16
66	01	70	7	10/16
67	01	70	7	10/16
68	01	70	7	10/16
69	01	70	7	10/16
70	01	70	7	10/16
71	01	70	7	10/16
72	01	70	7	10/16
73	01	70	7	10/16
74	01	70	7	10/16
75	01	70	7	10/16
76	01	70	7	10/16
77	01	70	7	10/16
78	01	70	7	10/16
79	01	70	7	10/16
80	01	70	7	10/16
81	01	70	7	10/16
82	01	70	7	10/16
83	01	70	7	10/16
84	01	70	7	10/16
85	01	70	7	10/16
86	01	70	7	10/16
87	01	70	7	10/16
88	01	70	7	10/16
89	01	70	7	10/16
90	01	70	7	10/16
91	01	70	7	10/16
92	01	70	7	10/16
93	01	70	7	10/16
94	01	70	7	10/16
95	01	70	7	10/16
96	01	70	7	10/16
97	01	70	7	10/16
98	01	70	7	10/16
99	01	70		

11/11/2011 11:11 AM

[illegible]

—

Ullrich, P., & Schmitt, J. (2001). The effects of social support on the well-being of people with chronic illness: A meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 52(1), 1-16.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

[illegible][illegible]

por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

— 30 —

[illegible]

SOLICITAÇÃO DE EXAME

DR JORDANA DE SOUZA VALLE

CRO 7853

PACIENTE JULIA FERNANDES

SOLICITO INTERPROXIMAIS PRE MOLARES E MOLARES DIREITO E ESQUERTO

E PERIAPICAIS DOS DENTES 53/63/73/83

PELO PLANO DENTA UNI

MOTIVO AVALIAÇÃO DO TECIDO CARIADO E PERIODONTAL.

GOIANIA.11/02/2021


Drª Jordana de S. Valle
Cirurgião Dentista / Ortodontista
CRO-GO 7853

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



21034920

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/2/10 4-Data de Autorização 10/2/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8346767 7-Data Validade da Sentença 13/1/10 8-Intercâmbio 488727

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025313741100000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome

LUIZ FERNANDO ASSIS SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84561882120

22-Nome do Contratado Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO

26-Nome do Profissional Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO

27-Número no CRO 6198

28-UF GO

29-Código CBO S

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

33-Dente/Região 34-Face 35-Ord 36-Quantidade US 37-Valor 0,00

38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 04/03/2010

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/03/11

44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 178,10

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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: LUIZ FERNANDO ASSIS SILVA

**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, 02 de março de 2021

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 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



21637380

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 8 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 0 8 / 0 3 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8366622	7-Data Válida da Senha 0 6 / 0 6 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

493965
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	000202535446300000102
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia Validade da Carteira	/ / / / / /
12-Número do Cartão	

13-Home	LUIZ GUSTAVO GOMES DA SILVA JARDIM
14-Telefone	26/04/1987 (()) -
15-Nome do titular do plano	CINDY IZABEL SILVA NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO	18-Número no CRO 6198	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	8 4 5 6 1 8 8 2 1 2 0
22-Nome do Contratado Executante	LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO
23-Número no CRO	6198
24-UF	GO
25-Código CNES	
Enviar - RX (1) 81000405	

26-Nome do Profissional Escritor LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO	27-Número no CRO 6198	28-Uf GO	29-Código CBO S
--	---------------------------------	--------------------	-----------------

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

[illegible][illegible][illegible]

5.

7.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

12

13

[illegible]

43-Data Provisão Tempo do Atendimento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
01/01/2017	1	1	7	0

☒ 1-Tratamiento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencia/Emergencia
☐ 1-Tipologia de Atendimento

óia. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional

43-Observação

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	53-Data local e Assinatura do Beneficiário - Responsável	54-Data local e Assinatura do Emiteente
--	--	--	---

[illegible]

CC Fontana

harmful

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: LUIZ GUSTAVO GOMES DA SILVA JARDIM

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

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

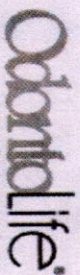
Goiânia, 25 de fevereiro de 2021

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

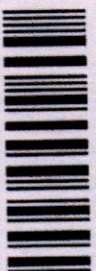
Av T9 c/ Rua C212 nº 521 lt 10 S/2 Jardim América - Goiânia-GO

Fone: (62) 3996-0019



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



475294
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2021	4-Data de Autuação 16/11/2021	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 475294	7-Data Validade da Guia 11/12/2021
-----------------------	--------------------------------------	-------------------------------	-------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202506065600597603	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	-----------------------------

13-Nome RAFAELA FERNANDES	18/02/2009
---------------------------	------------

10-Empresa CNH LATIN AMERICA LTDA	14-Telefone () 0000000000
-----------------------------------	----------------------------

11-Data Validade da Carteira	15-Nome do titular do plano CESAR FERNANDES
------------------------------	---

12-Número da Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a R/R	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO
-------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84561882120	22-Nome do Contratado Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO
---	--

25-Nome do Profissional Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO	23-Número no CRO 6198	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX
--	-----------------------	----------	----------------------------

27-Número no CRO 6198	28-UF GO	29-Código CRO S	30-Código CRO S	31-Valor 025 -	32-Faturar Empresa Enviar - RX
-----------------------	----------	-----------------	-----------------	----------------	--------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	010	811000375-RMD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	0,00	0,00	S	16/11/2021	16/11/2021	16/11/2021
2	010	811000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	0,00	0,00	S	16/11/2021	16/11/2021	16/11/2021
3	010	811000375-RPE	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	0,00	0,00	S	16/11/2021	16/11/2021	16/11/2021
4	010	811000375-RME	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	0,00	0,00	S	16/11/2021	16/11/2021	16/11/2021
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Final do Tratamento 16/11/2021	44-Tipo de Abandono 2	45-Tipo de Tratamento 1	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	-----------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2021	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---	--	--	--

CRB - CENTRO RADIOLOGICO AERODONTICO
CNPJ: 04.738.284/0001-06

21026254



Clinica Odontológica

Drª Jordana de Souza Valle
CRO GO - 7853

Dr. Valternei F. Lopes Junior
CRO GO - 7580

SOLICITAÇÕES DE EXAME

DR JORDANA DE SOUZA VALLE

CRO 7853

PACIENTE RAFAELA FERNANDES

PANORAMICA TOPO

TELERADIOGRAFIA

MODELO DE GESSO

FOTOS

INTERPROXIMAIS PRE MOLARES E MOLARES DIREITO E ESQUERDO

PELO PLANO DENTAL UNI

MOTIVO AVALIAÇÃO DE TECIDO CARIADO E ORTODONTICA .

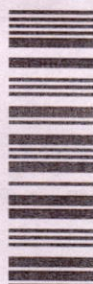
GOIANIA.10/02/2021

Jordana
Drª. Jordana de S. Valle
Cirurgiã Dentista / Ortodontista
CRO-GO 7853

Rua 1.117 - Qd. 213 - Lt. 08 - nº 56 - St. Pedro Ludovico - Goiânia - Goiás - CEP 74.830-420
Fone: (62) 3275-5009 - Fone/Fax: (62) 3255-7889 / 98170-9040

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



494018
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dat de Emissão da Guia 10/08/10 4-Dat de Autorização 10/08/10 5-Serita AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 8366967 7-Dat Validade da Serita 10/06/10 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 10/02/10 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dat Validade da Carteira 10/06/10 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VALTER ROSA NUNES 01/02/1971 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CINDY IZABEL SILVA NUNES

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO 18-Numero no CRO 6198 19-UF GO 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18/04/561882120 22-Nome do Contratado Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO 23-Numero no CRO 6198 24-UF GO 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO 27-Numero no CRO 6198 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-Dat de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	0	81000294			1	222,00	0,00		S	10/03/11		Valter
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Dat Previsão 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\$							
10/03/11	2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2222,00	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-Dat, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/11 51-Dat, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/11 52-Dat, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/03/11 53-Dat, local e Assinatura do Responsável 10/03/11 54-Dat, local e Assinatura do Responsável 10/03/11 55-Dat, local e Assinatura do Responsável 10/03/11 56-Dat, local e Assinatura do Responsável 10/03/11 57-Dat, local e Assinatura do Responsável 10/03/11 58-Dat, local e Assinatura do Responsável 10/03/11 59-Dat, local e Assinatura do Responsável 10/03/11 60-Dat, local e Assinatura do Responsável 10/03/11

GRA - CENTRO RADIOLOGICO AEROPORTO DE
 CNPJ: 04.738.284/0001-06
 Valter Nunes



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: VALTER ROSA NUNES

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

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

Goiânia, 25 de fevereiro de 2021

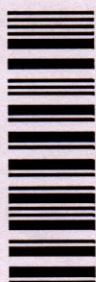
Dr. André Luiz Gomes dos Reis

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 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



2-N

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/5/03//21	4-Data de Autorização 10/5/03//21	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8361611	7-Data Validade da Serinha 10/3/06//21
--------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

492544
INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 1 6 7 3 0 0 0 0 0 1 0 1
9-Pino	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia Validade da Carteira	_ / _ / _
12-Numero do Cartão	_

13-home	WESLEY MACHADO MOREIRA
29/10/1993	
14-Telefone	() - ()
15-Endereço do titular do passaporte	WESLEY MACHADO MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Alimentação a RN		17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO							
N									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO							
1814561181821210									
26-Nome do Profissional Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO									
		18-Número no CRO 6198		19-UF GO		20-Código CBO S			
		23-Número no CRO 6198		24-UF GO		25-Código CNES			
		27-Número no CRO 6198		28-UF GO		29-Código CBO S			
		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421-R11							

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	05/03/2021		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	05/03/2021		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento
 05/03/2021 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Equipamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$
 1-Total 2-Parcial 28,00 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 apresentado(s) abaixo e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os custos previstos no 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 acatar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

[illegible]

21035858

Nome: Wesley Machado Moura

Pedido Radiográfico

Solicito radiografia periapical dos dentes 43 e 42 para avaliar profundidade da cárie presente para posterior tratamento.

Ura. Mariana Bertaiolli
Cirurgiã Dentista e Ortodontista
CRO-GO 16.036

Carimbo e Assinatura

25
/02/
21