

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

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
526069 - I	RICARDO SANTOS DE OLIVEIRA (00202536990100000101)		17/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
526082 - I	RICARDO SANTOS DE OLIVEIRA (00202536990100000101)		17/04/2021	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador

N° de USOs: 300
N° de atendimentos: 2
Valor: R\$ 176,22

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 300
N° de atendimentos: 2
Valor: R\$ 176,22

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 300
N° de atendimentos: 2
Valor: R\$ 176,22

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.

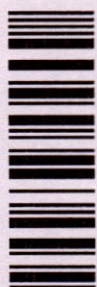
Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/05/2021 09:50

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



21051644

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/7/10 4/12 11

4-Data de Autorização
11/7/10 4/12 11

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8493520

7-Data Validade da Sentença
11/6/10 17/12 11

526069
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 2 0 2 5 3 6 9 0 1 0 0 0 0 1 0 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RICARDO SANTOS DE OLIVEIRA

01/03/1994

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
RICARDO SANTOS DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N LETICIA SILVA CARDOSO

17-Nome do Profissional Solicitante
LETICIA SILVA CARDOSO

18-Número no CRO
11854

19-UF
GO

20-Código CBO S
025 -

21-UF
GO

22-Código CNES
Enviar - RX

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 0 8 8 8 5 7 9 1 3 6

24-Nome do Contratado Executante
LETICIA SILVA CARDOSO

25-Número no CRO
11854

26-UF
GO

27-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante
LETICIA SILVA CARDOSO

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	0	8 1 0 0 0 4 0 5										
		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0	0,00			11/7/10 4/12 11		<i>Letícia</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/4/10 4/12 11

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
7 8 0 0

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), 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
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/7/10 4/12 11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/7/10 4/12 11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/7/10 4/12 11

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CNPJ: 08.668.148/0001-00

Letícia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: RICARDO SANTOS DE OLIVEIRA

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

Dr. André Luiz G. dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO - GO 15.639

Goiânia, 13 de abril 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



21051642

Record Sender
Allan



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: RICARDO SANTOS DE OLIVEIRA

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

Goiânia, 13 de abril de 2021

Dr. André Luiz G. dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO - GO 15.639

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