

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: URG UNIDADE RADIODONTOLÓGICA DE GOIANIA SS LTDA

CNPJ: 37307618000109 (C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA T9)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 6289/GO

Cirurgião Dentista: (16251) - ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
515866 - I	ALEXANDRE MARLI MARQUES (00202535689400000101)		06/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
519291 - I	JOAO SILVA DE OLIVEIRA (00202534669100000102)		09/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
519298 - I	SANDRA PEREIRA DA SILVA OLIVEIRA (00202534669100000101)		09/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador						
				N° de USOs:		234
				N° de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 135,72

Totalizador da Operadora						
				N° de USOs:		234
				N° de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 135,72

Totalizador da Clínica						
				N° de USOs:		234
				N° de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 135,72

URG - UNIDADE RADIODONTOLÓGICA DE GOIANIA S.S. LTDA
CNPJ: 37.307.618/0001-09

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 10:32

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2105J406

Requisitos para você emitir

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2014 4-Data de Autorização 17/04/2014 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8453170 7-Data Validade da Série 05/07/2014 8-515866 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253568940000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALEXANDRE MARLI MARQUES

23/04/1979

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MARLI MARQUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Anuenciamento a RN ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS 17-Nome do Profissional Solicitante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS 18-Número no CRO 6289 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 90614224187

22-Nome do Contratado Exatante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

23-Número no CRO 6289

24-UF GO

25-Código CNES 0181000405

26-Nome do Profissional Exatante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

27-Número no CRO 6289

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-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Auf	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	7	8,00	0,00	0,00	5117	04/21	21	Alexandre
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/04/2014 44-Tipo de Atendimento 21-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 11-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 7,80 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 17/04/2014 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/04/2014 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/04/2014 Alexandre Marques 53-Data, local e Cambio da Empresa

CNPJ:08.680.432.0001/00

Alexandre marli marques

Solicito panorâmica milimétrica
tamanho real 1:1 para

planejamento Cirurgico e
avaliação Orto.

Dr. Bruno Viscal Rocha
Cirurgião Dentista
Ortodontista
CRO-GO 12332

End: AV.T-1 Nº 871 QD 39 LT 10B Setor Bueno-Goiânia/GO

Tel:3945-3305/3945-3301 CEP:74210-098

E-mail: odontologiaprudente@hotmail.com

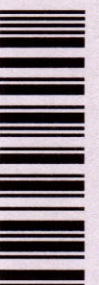
Go 06/04/21



Brasileira para vida sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



21047624

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 10/09/04

4-Data de Autorização 12/04/21

5-Semina AUTORIZADO

6-Numero da Guia Principal 8470578

7-Data Validade da Semina 08/07/21

519291 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 0020253466910000102

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOAO SILVA DE OLIVEIRA

14-Data de Nascimento 14/02/1981

15-Telefone

16-Endereço

17-Nome do titular do plano SANDRA PEREIRA DA SILVA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

19-Plano POS REDE PRESTADORA

20-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

21-Data Validade da Carteira

22-Numero do Cartão Nacional de Saúde

23-Nome ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

24-Data de Nascimento 19/06/14

25-Telefone

26-Endereço

27-Nome do titular do plano

28-Data Validade da Carteira

29-Numero do Cartão Nacional de Saúde

30-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

31-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

32-Data de Nascimento 19/06/14

33-Telefone

34-Endereço

35-Nome do titular do plano

36-Data Validade da Carteira

37-Numero do Cartão Nacional de Saúde

38-Atendimento a RN ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

39-Plano POS REDE PRESTADORA

40-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

41-Data Validade da Carteira

42-Numero do Cartão Nacional de Saúde

43-Nome ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

44-Data de Nascimento 19/06/14

45-Telefone

46-Endereço

47-Nome do titular do plano

48-Data Validade da Carteira

49-Numero do Cartão Nacional de Saúde

50-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

51-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

52-Data de Nascimento 19/06/14

53-Telefone

54-Endereço

55-Nome do titular do plano

56-Data Validade da Carteira

57-Numero do Cartão Nacional de Saúde

58-Atendimento a RN ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

59-Plano POS REDE PRESTADORA

60-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

61-Data Validade da Carteira

62-Numero do Cartão Nacional de Saúde

63-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

64-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

65-Data de Nascimento 19/06/14

66-Telefone

67-Endereço

68-Nome do titular do plano

69-Data Validade da Carteira

70-Numero do Cartão Nacional de Saúde

71-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

72-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

73-Data de Nascimento 19/06/14

74-Telefone

75-Endereço

76-Nome do titular do plano

77-Data Validade da Carteira

78-Numero do Cartão Nacional de Saúde

79-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

80-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

81-Data de Nascimento 19/06/14

82-Telefone

83-Endereço

84-Nome do titular do plano

85-Data Validade da Carteira

86-Numero do Cartão Nacional de Saúde

87-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

88-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

89-Data de Nascimento 19/06/14

90-Telefone

91-Endereço

92-Nome do titular do plano

93-Data Validade da Carteira

94-Numero do Cartão Nacional de Saúde

95-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

96-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

97-Data de Nascimento 19/06/14

98-Telefone

99-Endereço

100-Nome do titular do plano

101-Data Validade da Carteira

102-Numero do Cartão Nacional de Saúde

103-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

104-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

105-Data de Nascimento 19/06/14

106-Telefone

107-Endereço

108-Nome do titular do plano

109-Data Validade da Carteira

110-Numero do Cartão Nacional de Saúde

111-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

112-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

113-Data de Nascimento 19/06/14

114-Telefone

115-Endereço

116-Nome do titular do plano

117-Data Validade da Carteira

118-Numero do Cartão Nacional de Saúde

119-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

120-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

121-Data de Nascimento 19/06/14

122-Telefone

123-Endereço

124-Nome do titular do plano

125-Data Validade da Carteira

126-Numero do Cartão Nacional de Saúde

127-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

128-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

129-Data de Nascimento 19/06/14

130-Telefone

131-Endereço

132-Nome do titular do plano

133-Data Validade da Carteira

134-Numero do Cartão Nacional de Saúde

135-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

136-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

137-Data de Nascimento 19/06/14

138-Telefone

139-Endereço

140-Nome do titular do plano

141-Data Validade da Carteira

142-Numero do Cartão Nacional de Saúde

143-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

144-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

145-Data de Nascimento 19/06/14

146-Telefone

147-Endereço

148-Nome do titular do plano

149-Data Validade da Carteira

150-Numero do Cartão Nacional de Saúde

151-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

152-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

153-Data de Nascimento 19/06/14

154-Telefone

155-Endereço

156-Nome do titular do plano

157-Data Validade da Carteira

158-Numero do Cartão Nacional de Saúde

159-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

160-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

161-Data de Nascimento 19/06/14

162-Telefone

163-Endereço

164-Nome do titular do plano

165-Data Validade da Carteira

166-Numero do Cartão Nacional de Saúde

167-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

168-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

169-Data de Nascimento 19/06/14

170-Telefone

171-Endereço

172-Nome do titular do plano

173-Data Validade da Carteira

174-Numero do Cartão Nacional de Saúde

175-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

176-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

177-Data de Nascimento 19/06/14

178-Telefone

179-Endereço

180-Nome do titular do plano

181-Data Validade da Carteira

182-Numero do Cartão Nacional de Saúde

183-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

184-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

185-Data de Nascimento 19/06/14

186-Telefone

187-Endereço

188-Nome do titular do plano

189-Data Validade da Carteira

190-Numero do Cartão Nacional de Saúde

191-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

192-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

193-Data de Nascimento 19/06/14

194-Telefone

195-Endereço

196-Nome do titular do plano

197-Data Validade da Carteira

198-Numero do Cartão Nacional de Saúde

199-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

200-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

201-Data de Nascimento 19/06/14

202-Telefone

203-Endereço

204-Nome do titular do plano

205-Data Validade da Carteira

206-Numero do Cartão Nacional de Saúde

207-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

208-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

209-Data de Nascimento 19/06/14

210-Telefone

211-Endereço

212-Nome do titular do plano

213-Data Validade da Carteira

214-Numero do Cartão Nacional de Saúde

215-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

216-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

217-Data de Nascimento 19/06/14

218-Telefone

219-Endereço

220-Nome do titular do plano

221-Data Validade da Carteira

222-Numero do Cartão Nacional de Saúde

223-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

224-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

225-Data de Nascimento 19/06/14

226-Telefone

227-Endereço

228-Nome do titular do plano

229-Data Validade da Carteira

230-Numero do Cartão Nacional de Saúde

231-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

232-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

233-Data de Nascimento 19/06/14

234-Telefone

235-Endereço

236-Nome do titular do plano

237-Data Validade da Carteira

238-Numero do Cartão Nacional de Saúde

239-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

240-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

241-Data de Nascimento 19/06/14

242-Telefone

243-Endereço

244-Nome do titular do plano

245-Data Validade da Carteira

246-Numero do Cartão Nacional de Saúde

247-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

248-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

249-Data de Nascimento 19/06/14

250-Telefone

251-Endereço

252-Nome do titular do plano

253-Data Validade da Carteira

254-Numero do Cartão Nacional de Saúde

255-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

256-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

257-Data de Nascimento 19/06/14

258-Telefone

259-Endereço

260-Nome do titular do plano

261-Data Validade da Carteira

262-Numero do Cartão Nacional de Saúde

263-Código na Operadora / CNPJ / CPF 090614224187

264-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: JOÃO SILVA 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, 06 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



franquidade para você agir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



519298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 14/12/11	4-Data de Autorização 11/12/10 14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8470577	7-Data Validade da Senha 10/08/10 17/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/02/02 15/03/06 19/01/00 00/01/01 10/01	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome SANDRA PEREIRA DA SILVA OLIVEIRA	09/04/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SANDRA PEREIRA DA SILVA OLIVEIRA
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS	18-Número no CRO 6289	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 90614224187	22-Nome do Contratado Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS	23-Número no CRO 6289	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
--	--	--------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante ANGELICA FACHIN NUNES DOS SANTOS	27-Número no CRO 6289	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 Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000405			1	78,00	0,00		S	12/04/2011		Sandra
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Recebido 2º Plano de Tratamento 12/04/2011	44-Adesão Aliamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcelado	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, assino 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 acordo satisfatório. 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 11/04/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2011 Sandra Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: SANDRA PEREIRA DA SILVA 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, 06 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