

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2021

Razão Social: CRA- CENTRO RADIODONTOLOGICO DE APARECIDA S/S LTDA

CNPJ: 05471911000110 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA CARAGOATA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 11498/GO

Cirurgião Dentista: (16253) - KARLA WANESSA ALVES VITORIA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
497176 - I	DENISE RODRIGUES DE SOUZA (00202535563200000102)		11/03/2021	222	0.59	R\$ 130,98
533162 - I	ANA JULIA ANTONIO DOS ANJOS (00202536909800000106)		26/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
533162 - I	ANA JULIA ANTONIO DOS ANJOS (00202536909800000106)		26/04/2021	98	0.6	R\$ 58,80
533225 - I	PEDRO HENRIQUE ANTONIO DOS ANJOS (00202536909800000107)		26/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
533225 - I	PEDRO HENRIQUE ANTONIO DOS ANJOS (00202536909800000107)		26/04/2021	84	0.6	R\$ 50,40
538221 - I	MARCELEIA MOURAO MARANHÃO (00202534505700000104)		30/04/2021	222	0.59	R\$ 130,98
543734 - I	MYLLENA NAYARA BARBOSA PEREIRA DA SILVA (00202536476300000101)		06/05/2021	78	0.58	R\$ 45,24
548304 - I	JOAO FLAVIO SOARES (00202536909800000104)		11/05/2021	78	0.58	R\$ 45,24
548304 - I	JOAO FLAVIO SOARES (00202536909800000104)		11/05/2021	56	0.6	R\$ 33,60
548324 - I	MARIA EDUARDA ANTONIO DOS ANJOS (00202536909800000105)		11/05/2021	126	0.6	R\$ 75,60
548371 - I	CARLOS EDUARDO DOS ANJOS PORTO (00202536909800000103)		11/05/2021	78	0.58	R\$ 45,24
548371 - I	CARLOS EDUARDO DOS ANJOS PORTO (00202536909800000103)		11/05/2021	28	0.6	R\$ 16,80
548524 - I	EDIVANI RIBEIRO DA SILVA (00202532372700000101)		12/05/2021	84	0.6	R\$ 50,40
549015 - I	MARCOS ROBERTO CACIANO (00202535779700000102)		12/05/2021	222	0.59	R\$ 130,98
551636 - I	MARIA VITORIA ALBUQUERQUE FEITOSA (00202537786400000101)		14/05/2021	14	0.6	R\$ 8,40
554796 - I	MAGDA IZABEL DA ROCHA (0020253777500000101)		18/05/2021	222	0.59	R\$ 130,98
557291 - I	JEAN CLETO GADELHA ALVES (00202537827800000101)		20/05/2021	78	0.58	R\$ 45,24
557294 - I	BEATRIZ ALVES LOURENCO (00202536175100000101)		20/05/2021	78	0.58	R\$ 45,24
557709 - I	LUCIANA CANDIDA VIANA (00202537806300000101)		20/05/2021	222	0.59	R\$ 130,98
562703 - I	ANNA SOPHIA DA SILVA (00202537659300000102)		25/05/2021	56	0.6	R\$ 33,60
562708 - I	NAIRA JULIANA DA SILVA FERREIRA (00202537659300000101)		25/05/2021	56	0.6	R\$ 33,60
562718 - I	NAIRA JULIANA DA SILVA FERREIRA (00202537659300000101)		25/05/2021	154	0.6	R\$ 92,40

Totalizador

Nº de USOs: 2412
Nº de atendimentos: 18
Valor: R\$ 1.425,18

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 2412
Nº de atendimentos: 18
Valor: R\$ 1.425,18

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: 01/06/2021 09:26

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2021

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	2412
N° de atendimentos:	18
Valor:	R\$ 1.425,18

CRA - CENTRO RADIODONTOLÓGICO APARECIDA
CNPJ: 05.471.911/0001-10

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: 01/06/2021 09:26

Página 2 de 2

2-N⁺533162
INTERCÂMBIO

52 - Data, local e A
27/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Angus Swann Ribbins



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Ana Julia Antonio dos Anjos

Indicito:

Re ~~perapic~~ dos dentes 25, 37, 46 e 47
para avaliação endodôntica.

Re interproximal de molares e pré molares
direitos e esquerdos para avaliação cone.

Re panorâmica de raiz residual.
para exco

Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 15.857

27/04/21

Avenida Dona Maria Cardoso. 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/2011 4-Data de Autorização 12/06/2011 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8626104 7-Data Validade da Serina 12/03/2018 562703 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020202537659300000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/03/2018 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ANNA SOPHIA DA SILVA

18/07/2008

14-Telefone

15-Nome do titular do plano NAIRA JULIANA DA SILVA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 029130679107 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

18-Número no CRO 11498 23-Número no CRO 11498

19-UF GO 24-UF GO

20-Código CBO S 025 - 25-Código CNES Enviar - RX

27-Número no CRO 11498 28-UF GO 29-Código CBO S 025 - 30-Código CNES Enviar - RX

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fogão	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
1-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
2-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
3-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
4-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
5-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
6-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
7-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
8-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
9-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
10-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
11-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
12-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
13-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
14-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA
15-00	81000375-RPD	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2011	210-33130	NAIRA JULIANA

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/05/2011 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Taxa Fixa 46-Total Quantidade US 156,00 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 apresentado, 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 12/05/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2011 53-Data, local e Cartão da Empresa

CRA - CENTRO RADIODIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO
C.R. 1.35.4.1-91/0301-10

210-33130
da Silva Ferreira



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Anna Shephiz da Silva

Solicitado:

→ Rx interproximal de molares e
pré-molares dos lados direito e
esquerdo para avaliar córies.

Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 15.857

11/05/21

Avenida Dona Maria Cardoso. 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

2-N

557294
INTERCÂMBIO

1000

三、



05218043

[illegible]

—

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

—

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

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

—

48-Total Franquia / Co-participag

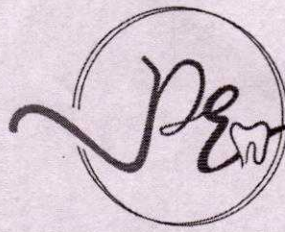
[illegible]

1000

1000

52-Dalia, por
C.R. CENTRO RACIONALIZACION
C.R. CENTRO RACIONALIZACION

53 Data, local e Carimbo da Empresa



Dra. Priscilla Rodrigues
CLÍNICA GERAL E ENDODONTIA - CRO 13611

Encaminhamento Radiográfico.

Paciente: BEATRIZ ALVES LOURENÇO

☒ Periapical Total Check-up

- Detecção de lesões periapicais

☐ Periapical dentes: _____

☐ Interproximais pré-molares e molares direito e esquerdo

- Diagnosticar cáries proximais e oclusais

☒ Panorâmica

- Avaliação Canal Mandibular

Data: 18/05/21

Priscilla P. Rodrigues
Clínica de Dentista
CRO/CO. 13611

Avenida Paraná nº226 Setor Campinas

☎ 62 993701832

📷 drapriscillarodrigues

24

[illegible]

Angiosperms



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Carlos Eduardo dos Anjos Porto

Delimito:

Rx periapical dos dentes 36, 46 para
avaliação endodôntica.

Rx panorâmica para avaliação de
3º molares

Dra. Ana Flávia Resende Ferreira
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 15.857

12/05/21

Avenida Dona Maria Cardoso. 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

A-7

548524
INTERCÂMBIO[illegible]

Dra. Wanessa Vilela L. Fernandes

Cirurgiã-Dentista | CRO-GO 8645

Ortodontia e Implantes Dentário

Paciente: E di Vami Ribeiro de Silva
Plano: Dental Uni

Solicito Rx periapical dos
dentes 17/16 - 15/14 - 13 - 23 -
24/25 - 35/34

Medição: Avaliação linear, raiz residual

10/5/21

Wanessa Vilela L. Fernandes
Cirurgiã-Dentista
Ortodontia e Implodontia
CRO GO 8645

(62) 3978-7992

Avenida C 17, 325 - Setor Sudoeste - Goiânia - GO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



21631839

21631839

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
21/01/05

4-Data de Autorização
21/01/05

5-Semina
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8608028

7-Data Validade da Semina
18/08/21

557291
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020212537827800000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JEAN CLETO GADELHA ALVES

28/03/1981

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JEAN CLETO GADELHA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N KARLA WANESSA ALVES VITORIA

18-Número no CRO
11498

19-UF
GO

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
029130679107

22-Nome do Contratado Executante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

23-Número no CRO
11498

24-UF
GO

25-Código CNES
() 81009405

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

27-Número no CRO
11498

28-UF
GO

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Atividade
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	78100	0,00	0,00	S	24/05/2021			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
21/05/21

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

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US
78100

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franchia / Co-participação R\$
0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acoo 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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de acordo com a realidade. 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

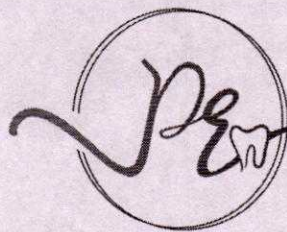
50-Data, local e Assinatura do Consultado Dentista Solicitante
21/01/05

51-Data, local e Assinatura do Consultado Dentista
21/01/05

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
21/01/05

53-Data, local e Assinatura do Profissional
21/01/05

54-Data, local e Assinatura do Profissional
21/01/05



Dra. Priscilla Rodrigues
CLÍNICA GERAL E ENDODONTIA - CRO 13611

Encaminhamento Radiográfico.

Paciente: JEAN CLETO GADELHA ALVES

☒ Periapical Total Check-up

- Detecção de lesões periapicais

☐ Periapical dentes: _____

☐ Interproximais pré-molares e molares direito e esquerdo

- Diagnosticar cáries proximais e oclusais

☒ Panorâmica

- Avaliação Canal Mandibular

Data: 18 / 05 / 21

Priscilla Rodrigues
Cirurgiã Dentista
CRO/GO. 13611

Avenida Paraná nº226 Setor Campinas

☎ 62 993701832

📷 drapriscillarodrigues



21665793

Angiosperms.



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Sr. João Soares.

Solicitado:

Rx panorâmica dos dentes 51, 52, 62, 61
54, 55 e 74, 75 para avaliar endodon-
tose.

Rx panorâmica para avaliar dentição
permanente.

Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 15.857

12/05/21

Avenida Dona Maria Cardoso. 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

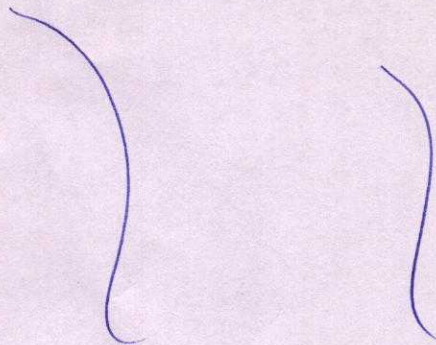
2-N-

557709
INTERCÂMBIO

Candida utilis

Luciana Lúcia Lima

Solicito Rx check-up -> Avaliar lesão de cárie, avaliar quais
dentes necessita de tratamento endodôntico.



cp. 15.03.21

Dr. Yasmin Mendes Sampaio
Cirurgia - Dentista
CRO 13010

2-N-7

538221
INTERCÂMBIO

ade

1000

41- Motivo da Glosa 42-Ass

at 11:30

[illegible]

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

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]

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

que assina esse documento

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

1000

1000

21063434



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: MARCILEIA MOURÃO MARANHÃO

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

Goiânia, 27 de abril de 2021

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Buco maxilo facial
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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro/ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/2/05 4-Data de Autorização 15/05/21 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8578925 7-Data Validade da Série 10/08/21 8-Intercâmbio 549015

Dados do Beneficiário

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

13-Nome MARCOS ROBERTO CACIANO 02/04/1984 14-Telefone () 8 4 2 2 1 7 6 9 7 15-Nome do Titular do Plano MARIA DE JESUS COSTA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 18-Número no CRO 11498 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 2 9 3 0 6 7 9 1 0 7 1 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 23-Número no CRO 11498 24-UF GO 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Número no CRO 11498 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-Clid	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 2 9 4	LEVANTAMENTO		1		2 2 2 0 0	0 0 0 0		S	15/05/2024		Karla Wanessa Alves Vitoria
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/05/2024 44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 2 2 2 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, aceito e autorizo a realização 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

CRA - CENTRO RACIONALIZADOR DE CUSTOS 02.03.2011-8110307-10

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/05/2024 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/05/2024 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/05/2024 Karla Wanessa Alves Vitoria 53-Data, local e Carimbo da Empresa



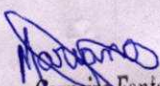
Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: MARCOS ROBERTO CACIANO

**SOLICITO LEVANTAMENTO PERIAPICAL CHECK UP E
PANORAMICA PARA AVALIAÇÃO PERIODONTAL E
AVALIAÇÃO ENDODONTICA**

GOIÂNIA, 09 DE ABRIL DE 2021.

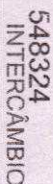

Dra. Mariana Carneiro Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 12726

Dra. MARIANA CARNEIRO FONTES

CRO GO 12.726

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

Fone: (62) 3996-0019

2-N^o

GRA - CENTRO RADIODIAGNOSTICO - 8110001-10

Angosaurus



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Maria Eduarda Antunes
dos Anjos

Solicito:

RE perirradial dos dentes 11, 21, 12, 22, 13, 23,
24, 14, 15, 25, 16, 26, 17, 27, 36, 46 para
avaliação endodôntica.

Dra. Ana Flávia Resende Pereira
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 12.857

12/05/2021

Avenida Dona Maria Cardoso, 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



551636
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2011	4-Data de Autorização 11/05/2011	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8588412	7-Data Válidade da Semeta 12/10/2011
8-Endereço da Clínica 00020253778664000000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Nome MARIA VITORIA ALBUQUERQUE FEITOSA			23/02/2001	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA VITORIA ALBUQUERQUE FEITOSA
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Autorização a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	18-Número na CRO 11498	19-UF GO	20-Código CRO S 025 -	21-Data de Realização Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0029306791107	22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	23-Número na CRO 11498	24-UF GO	25-Código CNES 26-Código CRO S	27-Número na CRO 11498
26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0018100421	32-Descrição RX PERIAPICAL	33-Dente/Região RMID	34-Fraco 1	35-Cid 1400	36-Quantidade US 100
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Recebido / Término do Tratamento 18/05/2011					
44-1-Tipo de Atendimento 2-Tipo de Atendimento 1-Tipologia Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1400					
47-Valor Total R\$ 000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 18/05/2011 GRA-CENTRO RADIOLÓGICO APARELHO 11001-10					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/2011 Maria Vitoria Albuquerque Feitosa					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



- Paciente: Maria L. Albuquerque Feitosa
- Solicito RX periapical para avaliação das raízes para realização de exodontia. dentes 46 e 47
- Solicito documentação ortodôntica Tipo I contendo panorâmica, telerradiografia, fotos, modelo e cefalometria.

Dra. Jéssica Camila F. Ferro
Cirurgiã - Dentista
CRO - GO 12702

Jéssica Camila Ferreira Ferro
CRO_GO: 12702

☎ 62 4103 3238 📞 62 99999 8345 📱 ibf.saudebusiness

📍 Rua Itu esq. c/ Tapajós, nº481, Sl. 1.202, Torre 2 Company Ed. B&B Business
CEP: 74.911-820, Vila Brasília - Ap. de Goiânia/GO

2-N



21662208

543734
INTERCÂMBIO



ODONTOCLÍNICA

Dr.^o Bruno Viscal Rocha
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 12332

Myllena Mayara B.P. da Silva.

Soluto radiografias panorâmicas
Tamanho real 1:1 - para planejamento

Cirúrgica e Odontológico.

Go 05/05/2021

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

Rua 7 - Nº 581 Qd. 12 Lt. 69 - Setor Central - Goiânia
Fone: 3223-6222 / bviscal@gmail.com



21073120

Inscrição para Nota Fiscal

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 25/10/21

4-Data de Autorização 26/10/21

5-Será AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8626140

7-Data Validade da Guia 23/10/21

562708 INTERCÂMBIO

8-Data de Beneficiário

9-Número da Carteira

10-Plano

POS REDE PRESTADORA

11-Data Validade da Carteira

DENTAL UNI COOPERATIVA

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

NAIRA JULIANA DA SILVA FERREIRA

23/02/1988

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

NAIRA JULIANA DA SILVA FERREIRA

16-Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Atendimento a RN

18-Atendimento a RN

KARLA WANESSA ALVES VITORIA

19-UF

GO

20-Código CBO S

21-UF

GO

22-Código CNES

23-UF

24-UF

25-Código CBO S

26-UF

27-UF

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

102930679107

22-Nome do Contratado Executante

KARLA WANESSA ALVES VITORIA

23-Número no CRO

11498

24-Número no CRO

11498

25-Código CBO S

26-UF

27-UF

28-Código CBO S

29-UF

26-Nome do Profissional Emiteante

KARLA WANESSA ALVES VITORIA

27-Número no CRO

11498

28-UF

GO

29-Código CBO S

30-UF

31-UF

32-Código CBO S

33-UF

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-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia

42-Assinatura

1-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

2-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RPD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

3-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RPE

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

4-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RME

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

5-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

6-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

7-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

8-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

9-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

10-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

11-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

12-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

13-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

14-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

15-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

16-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

17-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1

14

10

0

0

0

0

0

0

0

18-0081000375-RMD

RX INTERPROXIMAL - BITE-

RMD

1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



562718
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10/5/12/1	4-Data de Autorização 12/6/10/5/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8626144	7-Data Validade da Senha 12/3/10/8/12/1
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/02/02/5/3/7/6/5/9/3/0/0/0/0/1/0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome NAIRA JULIANA DA SILVA FERREIRA	23/02/1988	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NAIRA JULIANA DA SILVA FERREIRA
--	------------	------------------------------	--

16-Averamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	18-Número no CRO 11498	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
-------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/2/9/3/0/6/7/9/1/0/7/	22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	23-Número no CRO 11498	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX
--	---	---------------------------	-------------	-------------------------------

26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	27-Número no CRO 11498	28-UF GO	29-Código CBO S	Faturar Empresa (1) 81000421- (1) 81000421-RPSE (1) 81000421-RPIE (1) 81000421-RII
---	---------------------------	-------------	-----------------	---

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 de Realização	41-Motivo da Closs	42-Assinatura
1	00	81000421	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
2	00	81000421	RPSD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
3	00	81000421	RCSD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
4	00	81000421	RCSE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
5	00	81000421	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
6	00	81000421	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
7	00	81000421	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
8	00	81000421	RPIE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
9	00	81000421	RIL	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
10	00	81000421	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
11	00	81000421	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	26/05/2011	Salvina	
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/05/11	44-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial	46-Total Quantidade US 154,00	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, autorizando 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 12/6/10/5/12/1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

CRA-CENTRO RADIOLOGICO APARECIDO

da Silva Ferreira



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: NAIRA Juliana da Silva
Ferreira.

Solicito:

→ Rx bite-wing de molares e pré-
molares dos lados direito e esquerdo
para avaliar córies.

→ Rx periapical dos dentes 16, 14, 12,
22, 24, 26, 36, 34, 32, 42, 44 e 46
para avaliação endodôntica.

Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 15.857

11/05/21

Avenida Dona Maria Cardoso. 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



21056304

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/04 4-Data de Autorização 12/07/04 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8519004 7-Data Validade da Semeta 12/07/04 8-Data Validade da Guia 12/07/04

9-Nome do Beneficiário PEDRO HENRIQUE ANTONIO DOS ANJOS 10-Endereço do Beneficiário POS REDE PRESTADORA 11-Endereço da Clínica DENTAL UNI COOPERATIVA 12-Endereço do Plano de Saúde ADRIANA DOS ANJOS SOARES

13-Endereço do Contratante Responsável pelo Tratamento 14-Telefone 15-Endereço do Titular do Plano 16-Endereço do Plano de Saúde

17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 18-Número no CRO 11498 19-UF GO 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 102930679107 22-Nome do Contratado Encarregado KARLA WANESSA ALVES VITORIA 23-Número no CRO 11498 24-UF GO 25-Código CNES 025 -

26-Nome do Profissional Encarregado KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Número no CRO 11498 28-UF GO 29-Código CBO S 025 -

30-Tabuleiro	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010181004211	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	04/11/21	04/11/21
2-010181004211	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	04/11/21	04/11/21
3-010181004211	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	04/11/21	04/11/21
4-010181004211	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	04/11/21	04/11/21
5-010181004211	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	04/11/21	04/11/21
6-010181004211	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	04/11/21	04/11/21
7-010181004211	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	1	78,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	04/11/21	04/11/21
8-010181004211												
9-010181004211												
10-010181004211												
11-010181004211												
12-010181004211												
13-010181004211												
14-010181004211												
15-010181004211												
43-Data Previsto Término do Tratamento 23/04/2021												
44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela												
46-Total Quantidade US 162,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/21												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/21												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/21												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Pedro Henrique Antônio dos Anjos
Delato:

Rx periapical dos dentes 11, 12, 16, 17, 26, 27,
36, 37, 46 e 47 para avaliação endodôntica.

Rx panorâmica para avaliação de raiz
residual.

Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 15.857

27/04/2021

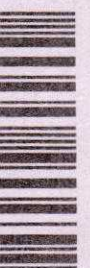
Avenida Dona Maria Cardoso, 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4x



554796
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 400614	3-Data de Emissão da Guia 11/05/21	4-Data de Autorização 11/05/21	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8599017	7-Data Validade da Guia 11/08/21
8-Nome do Contratado MAGDA IZABEL DA ROCHA			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21
13-Nome MAGDA IZABEL DA ROCHA			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MAGDA IZABEL DA ROCHA	
16-Endereço Completo Residência para Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA			18-Número no CRO 11498	19-UF GO	20-Código CRO S 025 -
21-Código na Operadora / ONO / CPF 02191306779107			22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA	23-Número no CRO 11498	24-UF GO
26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA			27-Número no CRO 11498	28-UF GO	29-Código CRO S
30-Tabela					
31-Código do Procedimento 1-00181000294	32-Descrição LEVANTAMENTO	33-Dental Regio 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 1222100
37-Valor 191905121	38-Atividade S	39-Atividade 191905121	40-Data de Realização 11/05/21	41-Motivo da Guia 42-Assinatura Maga da	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/05/2021	44-Tipo de Atendimento 2- Tratamento Odontológico	45-Exame Radiológico	3-0-Resposta	4- Urgência/Emergência	
46-Tipo de Faturamento T- Total 2- Parcial					
47-Valor Total R\$ 1222100			48-Total Faturado / Coparticipação R\$ 1222100		
49-Observação					

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), tornaram-se realizados com meu consentimento e de minha responsabilidade. 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/05/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/05/2021 Magda

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/21

CRA - CENTRO RADIODENTOLÓGICO PARANÁ
C.R.A. 03.53.91/1001-10

Magda da Rocha



Dr. Bruno Nicol Rocha
Cirurgião - Dentista
CRM 12.122

Magda Isabel da Rocha

Solicito check-up periapical
para avaliação periodontal

7
17/05/2021

Dr. Bruno Nicol Rocha
Cirurgião - Dentista
CRM 12.122

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



240

497176
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2011	4-Data de Autorização 24/10/2011	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8379513	7-Data Validade da Serina 09/10/2011
8-Nome do Cliente DENISE RODRIGUES DE SOUZA					
9-Data de Realização 07/06/1989					
10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Nome do titular do plano HUGO LEONARDO DE SOUSA TEODORO					
13-Endereço 14-Telefone					
15-Endereço do titular do plano 16-Endereço do titular do plano					
17-Nome do Profissional Substituto KARLA WANESSA ALVES VITORIA					
18-Endereço do Profissional Substituto 19-UF GO					
20-Código CBO S 21-Código CBO S					
22-Nome do Contratado Específico KARLA WANESSA ALVES VITORIA					
23-Número no CBO 11498					
24-UF GO					
25-Endereço do Profissional Específico KARLA WANESSA ALVES VITORIA					
26-Número no CBO 11498					
27-Endereço do Profissional Específico					
28-Endereço do Profissional Específico					
29-Endereço do Profissional Específico					
30-Endereço do Profissional Específico					
31-Endereço do Profissional Específico					
32-Endereço do Profissional Específico					
33-Endereço do Profissional Específico					
34-Endereço do Profissional Específico					
35-Endereço do Profissional Específico					
36-Endereço do Profissional Específico					
37-Endereço do Profissional Específico					
38-Endereço do Profissional Específico					
39-Endereço do Profissional Específico					
40-Endereço do Profissional Específico					
41-Endereço do Profissional Específico					
42-Endereço do Profissional Específico					
43-Endereço do Profissional Específico					
44-Endereço do Profissional Específico					
45-Endereço do Profissional Específico					
46-Endereço do Profissional Específico					
47-Endereço do Profissional Específico					
48-Endereço do Profissional Específico					
49-Endereço do Profissional Específico					
50-Endereço do Profissional Específico					
51-Endereço do Profissional Específico					
52-Endereço do Profissional Específico					
53-Endereço do Profissional Específico					
54-Endereço do Profissional Específico					
55-Endereço do Profissional Específico					
56-Endereço do Profissional Específico					
57-Endereço do Profissional Específico					
58-Endereço do Profissional Específico					
59-Endereço do Profissional Específico					
60-Endereço do Profissional Específico					
61-Endereço do Profissional Específico					
62-Endereço do Profissional Específico					
63-Endereço do Profissional Específico					
64-Endereço do Profissional Específico					
65-Endereço do Profissional Específico					
66-Endereço do Profissional Específico					
67-Endereço do Profissional Específico					
68-Endereço do Profissional Específico					
69-Endereço do Profissional Específico					
70-Endereço do Profissional Específico					
71-Endereço do Profissional Específico					
72-Endereço do Profissional Específico					
73-Endereço do Profissional Específico					
74-Endereço do Profissional Específico					
75-Endereço do Profissional Específico					
76-Endereço do Profissional Específico					
77-Endereço do Profissional Específico					
78-Endereço do Profissional Específico					
79-Endereço do Profissional Específico					
80-Endereço do Profissional Específico					
81-Endereço do Profissional Específico					
82-Endereço do Profissional Específico					
83-Endereço do Profissional Específico					
84-Endereço do Profissional Específico					
85-Endereço do Profissional Específico					
86-Endereço do Profissional Específico					
87-Endereço do Profissional Específico					
88-Endereço do Profissional Específico					
89-Endereço do Profissional Específico					
90-Endereço do Profissional Específico					
91-Endereço do Profissional Específico					
92-Endereço do Profissional Específico					
93-Endereço do Profissional Específico					
94-Endereço do Profissional Específico					
95-Endereço do Profissional Específico					
96-Endereço do Profissional Específico					
97-Endereço do Profissional Específico					
98-Endereço do Profissional Específico					
99-Endereço do Profissional Específico					
100-Endereço do Profissional Específico					

43-Data Realização Tratamento
24/10/2011

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

45-Tipo de Tratamento
1-1 Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
222,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Fatura / Co-participação R\$
0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), ocorrerá 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 Cliente/Donatário
11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/10/2011 Karla W. Vitoria

52-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11



Denise Rodrigues de Souza

Solicito ex radiografico

check up periapical

gt: Avaliação Periodontal

Drª Fernanda Maximo da Silva
Odont-Dentista
CRO-GO 13086

Gym, 11.03.21

Drª Fernanda Maximo da Silva
Odont-Dentista
CRO-GO 13086