

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: RADIORAL-SERVICO RADIODIAGNOSTICO ORAL S/S

CNPJ: 02585495000193 (C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ASSIS)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 16366/GO

Cirurgião Dentista: (16287) - CAROLINA GUARNIERI GOUVEIA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
525651 - I	JOAO CARLOS MAXIMO DOS SANTOS (00202535622800000102)		16/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
525651 - I	JOAO CARLOS MAXIMO DOS SANTOS (00202535622800000102)		16/04/2021	56	0.6	R\$ 33,60
531524 - I	JOAO CARLOS MAXIMO DOS SANTOS (00202535622800000102)		23/04/2021	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador

N° de USOs:	356
N° de atendimentos:	2
Valor:	R\$ 209,82

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	356
N° de atendimentos:	2
Valor:	R\$ 209,82

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	356
N° de atendimentos:	2
Valor:	R\$ 209,82

ODONTO RAD
CNPJ: 08.109.221/0001-04

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

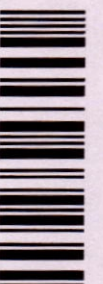
Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/05/2021 11:10

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 21/3/10 4-Data de Autorização 21/3/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 531524 7-Data Validade da Semeta 12/12/10 8-Data Validade da Guia 12/12/11

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

13-Plano POS REDE PRESTADORA 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano BRUNO LUIZ RIBEIRO CUNHA

16-Plano POS REDE PRESTADORA 17-Data Validade da Carteira 18-Data Validade da Guia 19-Data Validade da Guia 20-Data Validade da Guia 21-Data Validade da Guia

22-Data Validade da Guia 23-Data Validade da Guia 24-Data Validade da Guia 25-Data Validade da Guia 26-Data Validade da Guia

27-Data Validade da Guia 28-Data Validade da Guia 29-Data Validade da Guia 30-Data Validade da Guia 31-Data Validade da Guia

32-Data Validade da Guia 33-Data Validade da Guia 34-Data Validade da Guia 35-Data Validade da Guia 36-Data Validade da Guia

37-Data Validade da Guia 38-Data Validade da Guia 39-Data Validade da Guia 40-Data Validade da Guia 41-Data Validade da Guia

42-Data Validade da Guia 43-Data Validade da Guia 44-Data Validade da Guia 45-Data Validade da Guia 46-Data Validade da Guia

47-Data Validade da Guia 48-Data Validade da Guia 49-Data Validade da Guia 50-Data Validade da Guia 51-Data Validade da Guia

52-Data Validade da Guia 53-Data Validade da Guia 54-Data Validade da Guia 55-Data Validade da Guia 56-Data Validade da Guia

57-Data Validade da Guia 58-Data Validade da Guia 59-Data Validade da Guia 60-Data Validade da Guia 61-Data Validade da Guia

62-Data Validade da Guia 63-Data Validade da Guia 64-Data Validade da Guia 65-Data Validade da Guia 66-Data Validade da Guia

67-Data Validade da Guia 68-Data Validade da Guia 69-Data Validade da Guia 70-Data Validade da Guia 71-Data Validade da Guia

72-Data Validade da Guia 73-Data Validade da Guia 74-Data Validade da Guia 75-Data Validade da Guia 76-Data Validade da Guia

77-Data Validade da Guia 78-Data Validade da Guia 79-Data Validade da Guia 80-Data Validade da Guia 81-Data Validade da Guia

82-Data Validade da Guia 83-Data Validade da Guia 84-Data Validade da Guia 85-Data Validade da Guia 86-Data Validade da Guia

87-Data Validade da Guia 88-Data Validade da Guia 89-Data Validade da Guia 90-Data Validade da Guia 91-Data Validade da Guia

92-Data Validade da Guia 93-Data Validade da Guia 94-Data Validade da Guia 95-Data Validade da Guia 96-Data Validade da Guia

97-Data Validade da Guia 98-Data Validade da Guia 99-Data Validade da Guia 100-Data Validade da Guia 101-Data Validade da Guia

102-Data Validade da Guia 103-Data Validade da Guia 104-Data Validade da Guia 105-Data Validade da Guia 106-Data Validade da Guia

107-Data Validade da Guia 108-Data Validade da Guia 109-Data Validade da Guia 110-Data Validade da Guia 111-Data Validade da Guia

112-Data Validade da Guia 113-Data Validade da Guia 114-Data Validade da Guia 115-Data Validade da Guia 116-Data Validade da Guia

117-Data Validade da Guia 118-Data Validade da Guia 119-Data Validade da Guia 120-Data Validade da Guia 121-Data Validade da Guia

/ João Carlos Máximo dos Santos

Indicação: check up Periapical Para Fins Periodontais



Dr. João Marcos Ribeiro
Cirurgião-Dentista
CRO-GO 13761

22/04/21



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2014	4-Data de Autorização 12/3/10/4/12/1	5-Semeta AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8491898	7-Data Validade da Semeta 15/10/17/12/1
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00202012535622800000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 525651 INTERCÂMBIO
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	--

13-Nome JOAO CARLOS MAXIMO DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano BRUNO LUIZ RIBEIRO CUNHA
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante C.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ASSIS	18-Numero no CRO 16366	19-UF GO	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02829235193	22-Nome do Contratado Executante CAROLINA GUARNIERI GOUVEIA	23-Numero no CRO 16366	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante CAROLINA GUARNIERI GOUVEIA	27-Numero no CRO 16366	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	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	7,80	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
2	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
3	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
4	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
5	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
6	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
7	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
8	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
9	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
10	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
11	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
12	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
13	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
14	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João
15	00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	14,00	0,00	0,00	1	16/10/14	160216	João

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 16/10/14	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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, 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, 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 16/10/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/14	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/14
---	---	---	---

ODONTO RADIOLÓGICO
CNPJ: 08.188.221/0001-00



SORRIA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Dr. João Marcos Ribeiro
Cirurgião-Dentista
CRO-GO 13761

Solicito os seguintes exames
p/ o paciente:

for lambo Maxilar do
Santos.

- Interproximais dos Pré-molares e
molares do lado D. i.e.
- Ock up Periapical (total)
- Panorâmica (Oclusão)

→ Neste dia os exames p/ Radiologia
qual.

Pione

15/04/2017.

Dr. João Marcos Ribeiro
Cirurgião-Dentista
CRO-GO 13761

GOIÂNIA (GO)

Av. 136, Edifício New York - Sala A 504
(62) 3241-7708 / ☎ (62) 9.9291-6202