

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Razão Social: C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODO

CNPJ: 86882925000129 (C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 12549/GO

Cirurgião Dentista: (16255) - ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
325085 - I	THAIS KELLY RIBEIRO DE SOUZA (00202530362300000101)		16/06/2020	222	0.59	R\$ 130,98
325087 - I	THAIS KELLY RIBEIRO DE SOUZA (00202530362300000101)		16/06/2020	78	0.58	R\$ 45,24
330344 - I	ALEX EVANGELISTA MACIEL (00202530516400000101)		26/06/2020	222	0.59	R\$ 130,98
330350 - I	ANTONIA EUGENIO DE SOUZA (00202530516400000102)		26/06/2020	222	0.59	R\$ 130,98
330353 - I	VERA LUCIA EVANGELISTA FERREIRA (00202530516400000103)		26/06/2020	222	0.59	R\$ 130,98
335967 - I	FAGNER CORREIA DOS SANTOS (00202529099400000104)		08/07/2020	222	0.59	R\$ 130,98
335974 - I	FAGNER CORREIA DOS SANTOS (00202529099400000104)		08/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
336591 - I	LAYANE ALVES DAMACENO (00202530571100000101)		09/07/2020	222	0.59	R\$ 130,98
340406 - I	LAYANE ALVES DAMACENO (00202530571100000101)		16/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
343557 - I	LUCIENE SOUZA FERREIRA (00202530705200000101)		22/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
343562 - I	NAZIVANIA SOUZA (00202530705200000102)		22/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

N° de USOs: 1722
N° de atendimentos: 11
Valor: R\$ 1.012,08

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 1722
N° de atendimentos: 11
Valor: R\$ 1.012,08

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 1722
N° de atendimentos: 11
Valor: R\$ 1.012,08

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ 86.882.925/0001-29

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: 29/07/2020 12:59

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



368242

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012 4-Data de Autorização 16/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7692727 7-Data Validade da Senha 07/10/2012 336591 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202530571100000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LAYANE ALVES DAMACENO 05/12/1998 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LAYANE ALVES DAMACENO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA 18-Número no CRO 12549 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

101349879185 22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 27-Número no CRO 12549 28-UF GO 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabella	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 Glisa	42-Assinatura
1-00	081000294	LEVANTAMENTO		1	1	222,00	0,00			16/07/20		kyayane
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/09/20 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 222,00 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. 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 16/10/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 16/10/2012 Layane A. Damaceno (foto) 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA S/S LTDA
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ: 88.882.925/0001-29
Damaceno (foto)



Tratamentos Odontológicos Completos

Drº Bruno Viscal Rocha
Cirurgião-Dentista
CRO_GO 12332

ODONTOCLÍNICA

Fayane Alves Damasceno

Solicito radiografias check up
Periapical, para avaliação odontológica:
Odontopreventiva.

08/07/20

Dr. Bruno Viscal Rocha
Cirurgião Dentista / Ortodontista
CRO-GO 12.332

Av. Goiás N° 315 Ed. Itamaraty Sala - 1004, Setor-Central Goiânia-GO
(Abaixo da Rua 02, ao lado do banco Itau)
Fone: (62) 3223-6222 / E-mail: bviscal@gmail.com



Brasileira de Saúde Odontológica

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



340406
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2017	4-Data de Autorização 12/03/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7710399	7-Data Validade da Senha 11/04/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102012530157110100010101	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 LAYANE ALVES DAMACENO	05/12/1998	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LAYANE ALVES DAMACENO
----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA ANHANGUERA	18-Número no CRO 12549	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0113498791185	22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	23-Número no CRO 12549	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81009405
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	27-Número no CRO 12549	28-UF GO	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-	01081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			15/04/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/04/2017	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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 11/06/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ 06.888.925-0001-79

Damaceno Costa



RECEITUÁRIO

ODONTOCLÍNICA

NOME/PACIENTE:

Dagano Alves Dandeno

ENDEREÇO:

TELEFONE:

Soluto radiografico Panorâmico Tomográfico
para planejamento ortognático
oraltomográfico.

Go 01/07/20

Dr. Bruno Viscal

CRO-GO 12332

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

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

FONES: 62 3223-6222 | 99495-7355

Av. Goiás, nº 315, Apto. 1.004, Ed. Itamaraty
Entre a Rua 2 e o Banco Itau, Centro, Goiânia - GO



transfere para você 500R

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



325085
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/10/2016 4-Data de Autorização 24/10/2016 5-Senha AUTORIZADO 7637031 6-Número da Guia Principal 7-Data Validade da Senha 14/10/2019 8-Data Validade da Guia 14/10/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020253036230000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THAIS KELLY RIBEIRO DE SOUZA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano THAIS KELLY RIBEIRO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA 18-Número no CRO 12549 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011349879185 22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 27-Número no CRO 12549 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
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1	1	222,00	0,00		S	24/10/2016		Thais
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	24/10/2016	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	222,00	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. 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA S/S LTDA
CNPJ 06.908.000-1-29

Thais Kelly

Ribeiro de Souza

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Chais Kelly Ribeiro de Souza*

- **LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (AVALIAÇÃO ENDODONTICA E PERIODONTAL SUSPEITA DE LESÃO INTRAOSSEA, E ATIVIDADE DE CÁRIE).**

GOIANIA, *16* / *06* / *2020*

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião-Dentista
Ortodontista
CRO-GO 6723

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Carla Kelly Ribeiro de Souza*

- PANORAMICA (DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS E TERCEIROS MOLARES).

GOIANIA, 16 / 06 / 2020

Dr. Luis Paulo Licursi
Cirurgião-Dentista
Ortodontista
CRO-GO 6723

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

2-N⁺

0921260

330344
INTERCÂMBIODados do Beneficiário

13-Nome
ALEX EVANGELISTA MACIEL

04/07/1986

() -

ALEX EVANGELISTA MACIEL

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
05/05/20	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	2220	0

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Cambio da Empresa

Centro Integrado de Radiologia S/S Ltda

Alex Evans BOSTON MAIL

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Alex Evangelista Maciel

- LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (AVALIAÇÃO ENDODONTICA E PERIODONTAL SUSPEITA DE LESÃO INTRAOSSEA, E ATIVIDADE DE CÁRIE).

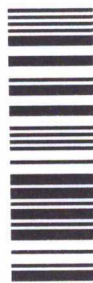
GOIANIA, 22 / 06 / 2020

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - GO 6723

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



330350
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2012	4-Data de Autorização 10/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7664578	7-Data Validade da Senha 12/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002102530516400001021	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
ANTONIA EUGENIO DE SOUZA

09/10/1989

14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALEX EVANGELISTA MACIEL
------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante C.L.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	18-Número no CRO 12549	19-UF GO	20-Código CBO S 09	25-Código CNES	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0013498791185	22-Nome do Contratado Executante AINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	23-Número no CRO 12549	24-UF GO	25-Código CNES	29-Código CBO S	

26-Nome do Profissional Executante
AINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

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	8100294	LEVANTAMENTO		1	22200	0,00				04/04/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/04/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
--	--

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 10/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/04/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA
CNPJ 08.882.925/00

Alex Evangelista Maciel

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Antônia Eugénia de Souza*

- LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (AVALIAÇÃO ENDODONTICA E PERIODONTAL SUSPEITA DE LESÃO INTRAOSSEA, E ATIVIDADE DE CÁRIE).

GOIANIA, *22* / *6* / *20*

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRG - 016.6723

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



864263

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 06/12/01	4-Data de Autorização 10/07/10 07/12/01	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7664587	7-Data Validade da Serina 12/04/10 09/12/01
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102531051164000100101013	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 VERA LUCIA EVANGELISTA FERREIRA	08/04/1963	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALEX EVANGELISTA MACIEL
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	18-Número no CRO 12549	19-UF GO	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011349879185	22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	23-Número no CRO 12549	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO		27-Número no CRO 12549	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
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1	222	00	10,00			10/07/10		VERA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Término do Tratamento 10/07/10	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 222,00	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. 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA E RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA CNPJ 86.889.925-0001-29

Ferreira

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Vera Lucia Evangelista Ferreira

- LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (AVALIAÇÃO ENDODONTICA E PERIODONTAL SUSPEITA DE LESÃO INTRAOSSEA, E ATIVIDADE DE CÁRIE).

GOIANIA, 22 / 06 / 2020

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - GO 6723

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - GO 6723

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



36666661

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 13/10/12 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7690384 7-Data Validada da Guia 10/06/11 8-Data Validada da Guia 10/06/11 9-Data Validada da Guia 10/06/11 10-Data Validada da Guia 10/06/11 11-Data Validada da Guia 10/06/11 12-Data Validada da Guia 10/06/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025290994000000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FAGNER CORREIA DOS SANTOS 14-Teléfono 29/09/1983 15-Nome do Titular do plano JESSICA KARLA DA CRUZ OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA 18-Número no CRO 12549 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01349879185 22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 27-Número no CRO 12549 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-	01081000294	LEVANTAMENTO		1	1	2,22	0,00	0,00		13/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data 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\$							
13/10/20	2	1-Total 2-Parcial	2,22	0,00	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(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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 06.923.925/0001-70
Santos

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Jagner Correia dos Santos*

- LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (AVALIAÇÃO ENDODONTICA E PERIODONTAL SUSPEITA DE LESÃO INTRAOSSEA, E ATIVIDADE DE CÁRIE).

GOIANIA, 16 / 06 / 2020

[Signature]
Mônica Carneiro Pontes
Cirurgiã Dentista
O-059.16726

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, n° 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



335974
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 17:12:00	4-Data de Autorização 13/10/17 12:00	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7690398	7-Data Validade da Serha 10/06/11 10:12:00
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101202529099400000104	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 FAGNER CORREIA DOS SANTOS					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano JESSICA KARLA DA CRUZ OLIVEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHUANGUERA	18-Número no CRO 12549	19-UF GO	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNU / CPF 101349879185	22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	23-Número no CRO 12549	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	27-Número no CRO 12549	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7	8,10	0,00		5113	07/12/20		Xtacyu
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição, Término do Tratamento 13/07/20	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 78,10	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, 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), (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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/17	53-Data, local e Caminho da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA E
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S.A. LTDA
CNPJ: 06.882.925/0001-29

Assinatura de
Fagner Correia dos Santos

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Jagner Correia dos Santos*

- PANORAMICA (DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS E TERCEIROS MOLARES).

GOIANIA, 16 / 06 / 2020

Mariana Carneiro Fontes
Cirurgiã Dentista
CRQ-GO 12726

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811

Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO

CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO



Inteligência para toda vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



343557
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/2012 4-Data de Autorização 12/12/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7724563 7-Data Validade da Senha 12/12/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020253070520000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LUCIENE SOUZA FERREIRA 17/12/1987 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano LUCIENE SOUZA FERREIRA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a FN N 17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA 18-Número no CRO 12549 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

01349879185 22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES (I) 81000405

26-Nome do Profissional Executante

ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 27-Número no CRO 12549 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,8	0,0			0,0		Luciene
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/10/2012 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 7,8 0,0 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/12 07/12/2012 C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA S/A LTDA CNPJ 86.882.912/0001-29 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/12 07/12/2012 Luciene Souza S 53-Data, local e Carimbo da Empresa

C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA S/A LTDA CNPJ 86.882.912/0001-29

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Lauciene Souza Ferreira*

- PANORAMICA (DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS E TERCEIROS MOLARES).

GOIANIA, 18 / 07 / 20

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião-Dentista
Ortodontista
CRO-GO 6725

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, n° 45. 5° ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

2-N^o

343562
INTERCÂMBIO

973545

12-Número	3
-----------	---

A FERREIRA

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

Marginalis

1111

_____, _____.
 Custos previstos em

documento, os valores

101

previsão em contrato.

12/11/2017

Clara da Cunha, Dentista

86382925 8001-20

12/11/2017

32 data.

CRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA

CNPJ

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Mazivania Souza*

- PANORAMICA (DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS E TERCEIROS MOLARES).

GOIANIA, 18 / 07 / 20

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião-Dentista
~~Ortodontista~~
CRO-GO 6723

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811
Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO