

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

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

CNPJ: 05471911000110 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLÓGIA 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
343568 - I	ISA CANDIDA ARRUDA DE MEDEIROS NASCIMENT (00202529520800000102		22/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
343568 - I	ISA CANDIDA ARRUDA DE MEDEIROS NASCIMENT (00202529520800000102		22/07/2020	70	0.6	R\$ 42,00
346275 - I	DANIELLE RODRIGUES TAVARES (00202531110300000101)		27/07/2020	222	0.59	R\$ 130,98
346307 - I	MARIA TAVARES DE MORAIS (00202531110300000105)		27/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
346495 - I	DANIELLE RODRIGUES TAVARES (00202531110300000101)		27/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
348996 - I	ANA CRISTINA DA SILVA MELO LIMA (00202529930800000101)		31/07/2020	28	0.6	R\$ 16,80
349002 - I	LUIZ MIGUEL MENDES MIRANDA (00202530660600000103)		31/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
349118 - I	MATHEUS TAVARES GUERRA (00202531110300000104)		31/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
349131 - I	EDUARDO TAVARES GUERRA (00202531110300000102)		31/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
349153 - I	EVILYN TAVARES GUERRA (00202531110300000103)		31/07/2020	78	0.58	R\$ 45,24
352726 - I	DANIEL COSTA ELIAS (00202509843400004503)		06/08/2020	78	0.58	R\$ 45,24
352726 - I	DANIEL COSTA ELIAS (00202509843400004503)		06/08/2020	56	0.6	R\$ 33,60
353488 - I	MATHEUS HENRIQUE DE SOUZA PINTO (00202530725600000101)		08/08/2020	222	0.59	R\$ 130,98
355475 - I	ANA CAROLINA TELES DO NASCIMENTO (00202530660600000102)		12/08/2020	126	0.6	R\$ 75,60
355897 - I	NARA RUBIA TELES MENDES (00202530660600000101)		12/08/2020	98	0.6	R\$ 58,80
360361 - I	KELCE SANTIAGO DOS SANTOS (00202529380300000101)		20/08/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

Nº de USOs: 1524
Nº de atendimentos: 14
Valor: R\$ 895,92

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1524
Nº de atendimentos: 14
Valor: R\$ 895,92

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 1524
Nº de atendimentos: 14
Valor: R\$ 895,92

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

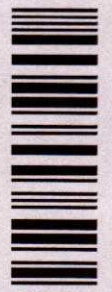
Data e Hora de Emissão: 01/09/2020 10:00

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



975454

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/2/10
 4-Data de Autorização 19/10/2010
 5-Será Autorizado
 6-Número da Guia Principal 7724625
 7-Data Validade da Seria 12/10/10

343568
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1002102529520800001021
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ISA CANDIDA ARRUDA DE MEDEIROS NASCIMENT
 05/10/1978
 14-Teléfono
 15-Nome do titular do plano FLORA AMERICA ARRUDA DE MEDEIROS

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
 21-Código no CRO 11498
 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 23-Número no CRO 11498
 24-UF GO
 25-Código CNES
 26-Código CBO S
 27-Número no CRO 11498
 28-UF GO
 29-Código CBO S
 30-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405 (1) 81000421- (1) 81000421-RPPID (1) 81000421-RPSE (1) 81000421-

31-Atividade 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

30-Ítem	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
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	7,8	10,0	0,0	0,0	19/10/2010		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	1	1	1	14,0	0,0	0,0	0,0	19/10/2010		
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	1	1	1	14,0	0,0	0,0	0,0	19/10/2010		
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	1	1	1	14,0	0,0	0,0	0,0	19/10/2010		
5-00	81000421	RX PERIAPICAL	1	1	1	14,0	0,0	0,0	0,0	19/10/2010		
6-00	81000421	RX PERIAPICAL	1	1	1	14,0	0,0	0,0	0,0	19/10/2010		
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/10/2010
 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 148,00
 46-Total Quantidade US 148,00
 47-Valor Total R\$ 0,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRA - CENTRO RADIODIAGNÓSTICO APARECIDA
 CNPJ: 05.471.811/0001-10



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Isa Candida Arruda de Medeiros Fos
camento.

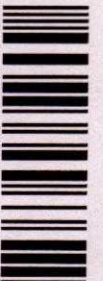
Solicitado:

Rx periapical dos dentes 14, 15, 25, 27, 45,
36, 37 e 38 para avaliação endodôntica e
periodontal dos mesmos.

Rx panorâmica para avaliar exodontia
dos dentes sises, 3º molares direitos e esquer-
dos.

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

Avenida Dona Maria Cardoso, 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO
062 996307174 / 062 3663 5672 iporx@hotmail.com



915720

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/11/07
 4-Data de Autorização 13/11/07
 5-Semeta AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7737956
 7-Data Validade da Semeta 12/11/10
 8-Data Validade da Guia 12/11/20

346275
 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102025311103000010101
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIELLE RODRIGUES TAVARES
 14-Telefone
 15-Nome do Titular do plano DANIELLE RODRIGUES TAVARES
 16-Abandono a RN
 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 18-Número no CRD 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 CRD 11498
 24-UF GO
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 27-Número no CRD 11498
 28-UF GO
 29-Código CBO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentif/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentif/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-010	811000294	LEVANTAMENTO	1	1	1	222,00	0,00	0,00	S	31/07/20		Danielle
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/2020
 44-Tipo de Atendimento 2
 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento T
 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 222,00
 47-Valor Total R\$ 0,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaramos, 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. Declaramos, 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

CRA - CENTRO RADIODIAGNÓSTICO APRECIADA
 CNPJ 06.411.811/0001-18
 Daniela R. Cavarus

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Danielle Rodrigues Tavares*

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

GOIANIA, 27 / 07 / 2020

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

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

**Rua 2, n° 45. 5° ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO**



1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 12/7/07
4-Data de Autorização 13/1/07
5-Semana AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7738052
7-Data Validade da Semna 12/5/10
8-Data Validade da Guia 12/02/10

8-Número da Carteira 002020253111030000010105
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA TAVARES DE MORAIS
14-Teléfono
15-Nome do titular do plano DANIELLE RODRIGUES TAVARES
16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
18-Número no CRO 11498
19-UF GO
20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
22-Nome do Contratado Excusante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
23-Número no CRO 11498
24-UF GO
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excusante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
27-Número no CRO 11498
28-UF GO
29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-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-Mês da Guia	42-Assinatura
1-0	0	811000405			1	78,00	0,00			15/07/20		<i>ebouas</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 31/10/20
44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Infância/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US 78,00
47-Valor Total R\$ 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa

GRA-CENTRO RADIODIAGNÓSTICO APIL
CNPJ 05.411.911/0001-10
Cavaco de Moraes

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Maria Tereza de Morais*

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

GOIANIA, 31 / 07 / 2020

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



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/11/07
 4-Data de Autorização 13/11/07
 5-Semana AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7738950
 7-Data Validade da Semna 12/11/07
 8-Data Validade da Guia 12/11/07

8-Número da Carteira 01020253111103000001101
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIELLE RODRIGUES TAVARES
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano DANIELLE RODRIGUES TAVARES
 16-Abandono a RN
 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 / CNPJ / CPF 02930679107
 22-Nome do Contratado Excusante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 23-Número no CRO 11498
 24-UF GO
 25-Código CNES Faturar Empresa
 26-Nome do Profissional Excusante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 27-Número no CRO 11498
 28-UF GO
 29-Código CRO S Enviar - RX (1) 81000405

30-Tabula
 31-Código do Procedimento 1-01081000405
 32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA
 33-Dente/Região 34-Fase 35-QID 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aui 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura
 43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/07
 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 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-QID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-01081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00		5134,07	12/07/07		Danielle
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/07
 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 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação
 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/07
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/07
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/07
 53-Data, local e Carimbo da Empresa
 54-CIA - CENTRO RADIODIAGNÓSTICO APRECIADA
 CNPJ-06.91.911.0001-10
 Danielle R
 Euvans

346495
 INTERCAMBIO

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Daniello Rodrigues Torres

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

GOIANIA, 27 / 07 / 2020

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO-GO 6727

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

Rua 2, n° 45. 5° ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



978060

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 13/11/07
 4-Data de Autorização 05/10/08
 5-Semna AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7750852
 7-Data Validade da Semna 12/9/11

348996 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10012025299308000010101
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA CRISTINA DA SILVA MELO LIMA
 14-Teléfono ()
 15-Nome do Titular do plano ANA CRISTINA DA SILVA MELO LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento 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 - Faturar Empresa
 21-Código no Operador / CNPJ / CPF 012930679107
 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 23-Número no CRO 11498
 24-UF GO
 25-Código CNES Enviar - RX
 (1) 81000421-
 26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 27-Número no CRO 11498
 28-UF GO
 29-Código CBO S (1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Refeilo	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	8100421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	4,00	0,00	0,00	S	05/10/08		Ana Cristina
2-00	8100421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	4,00	0,00	0,00	S	05/10/08		Ana Cristina
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 05/10/08
 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 28,00
 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(ram) 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 05/10/08
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/08
 53-Data, local e Carimbo da Empresa


CRA - CENTRO RADIODIAGNÓSTICO AMPLIADO
 CNPJ: 06.911.811/0001-10
 Ana Cristina da S. Melolima

Ana Cristina da Silva Melo Lima

Solicito Rx periapical dos dentes 22 e 27 → comprovar reali-
zação de tratamento endodôntico.

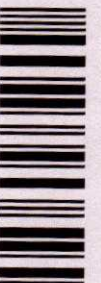


09.30.07.2020


Dra. Yasmin Lemes Sampaio
Ortopia - Dentista
CRO 13610

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



97 8333

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 31/10/2017
 4-Data de Autorização 05/08/2012
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7750892
 7-Data Validade da Guia 12/09/2012

8-Número da Carteira 002025306600000103
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUIZ MIGUEL MENDES MIRANDA
 14-Telefone
 15-Nome do Titular do Plano NARA RUBIA TELES MENDES

16-Atendimento a RV 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 no Operadora / CNPJ / CPF 02930679107
 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 23-Número no CRO 11498
 24-UF GO
 25-Código CNES Faturar Empresa
 26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 27-Número no CRO 11498
 28-UF GO
 29-Código CBO S (1) 81000405

30-Tabala 1-0081000405
 31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA
 32-Descrição
 33-Dente/Região 1
 34-Fase 7800
 35-Ord 00
 36-Quantidade US 00
 37-Valor 51050820
 38-Franquia/Co-participação R\$
 39-Aut 05/08/20
 40-Data de Realização
 41-Motivo da Glosa
 42-Assinatura

30-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	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	7800	00	00	51050820		05/08/20			KARLA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 05/08/20
 44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial T
 46-Total Quantidade US 7800
 47-Valor Total R\$ 0000
 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
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/20
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/20
 53-Data, local e Caminho da Empresa
 54-Observação

CRA - CENTRO RADIODIAGNÓSTICO APARECIDA
 CNPJ: 05.411.110/0001-10
 Luana Mendes

349002
 INTERCÂMBIO

Luís Miguel Mendes Miranda

Solicito RX panorâmica + avaliar qual tratamento adequado para esse paciente, se há necessidade de fazer extrações.



Op. 30. 07. 20


Drª Yasmin Lemes Sampaio
Cirurgiã - Dentista
CRO 13010

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



978545

1-Registro ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 13/11/07 3-Dia de Autorização 06/10/08 4-Semana AUTORIZADO 5-Numero da Guia Principal 7751461 6-Dia Validade da Guia 29/11/07 7-Dia Validade da Semana 12/01/08

349118
INTERCAMBIO

8-Numero da Carteira 010202531110300000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Numero do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome MATHEUS TAVARES GUERRA 14-Telefone 30/03/2007 15-Nome do Titular do Plano DANIELLE RODRIGUES TAVARES

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 18-Numero no CRO 11498 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 012930679107 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 23-Numero no CRO 11498 24-UF GO 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Numero 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- Fase	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78,00	0,00	06/08/07					Danielle
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 06/08/07 44-Tipo de Atendimento 2-1-Tipologia Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 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 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 06/10/08
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/08
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/08
53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRA - CENTRO RADIOLOGICO GO APRECIDA
CNPJ: 06.411.911/0001-10
Danielle R. Soares

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Mathius Cavarus Guerra*

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

GOIANIA, 31 / 07 / 2020

Dr. Luis Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRD - 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

2ªª



978533

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 31/10/2003 4-Dados de Autorização 10/06/08 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7751532 7-Data Validade da Sentença 12/09/10

8-Dados do Beneficiário 0 0 2 0 2 5 3 1 1 1 0 3 0 0 0 0 0 1 0 2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDUARDO TAVARES GUERRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DANIELLE RODRIGUES TAVARES 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 18-UF GO 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNU / CPF 0 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 (1) 81000405 26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Número no CRO 11498 28-UF GO 29-Código CBO S 30-At 06/08/2003 41-Motivo da Cessa 42-Assinatura x Danielle

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 Cessa 42-Assinatura

30-Atabela	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 Cessa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00		S	06/08/2003		x Danielle
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/2003 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 78,00 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 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(ram) 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 06/10/08/2003 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/08/2003 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/08/2003 x Danielle R. 53-Data, local e Cambio de Empresa

CIA - CENTRO CAD ODONTOLÓGICO APARECIDA
CNPJ - 04.718.111/0001-10
Bavanes

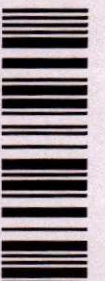
SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Eduardo Cavares Guma*

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

GOIANIA, 31 / 07 / 2020

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRM 480 6723



349153
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 31/10/2007
4-Data de Autorização 06/10/2008
5-Série AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7751613
7-Data Validade da Série 12/9/10

8-Número da Carteira 00202531110300000103
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EVILYN TAVARES GUERRA
14-Telefone
15-Nome do Titular do plano DANIELLE RODRIGUES TAVARES

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 029306791107
22-Nome do Contratado Excitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
23-Número no CRO 11498
24-UF GO
25-Código CNES Envio - RX (1) 81000405

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

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 Oclusa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	00	0,00		S	06/08/20		Danielle
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 05/10/2008
44-Tipo de Atendimento 2-1 Tratamento Odontológico
45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US 78,00
47-Valor Total R\$ 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaramos, 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. Declaramos, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de acordo com o plano de tratamento. 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

CRA - CENTRO RADIOLOGICO APARECIDO
CNPJ-06.471.811/0001-10
DANIELLE RODRIGUES TAVARES

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Evilyn Cavarus Guerra*

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

GOIANIA, 31 / 07 / 2020

Dr. Luis Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontia
CRM - 60627

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

**Rua 2, nº 45, 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO**



Identificação para você agir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



352726
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 08/12/01
 4-Data de Autorização 12/10/08/12/01
 5-Sentença AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7768633
 7-Data Válida da Sentença 04/11/11/12/01

8-Número da Carteira 100202509843400004503
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa CONSEG ADMINISTRADORA DE
 11-Data Válida da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIEL COSTA ELIAS
 14-Telefone
 15-Nome do Titular do Plano EVAIR ROSA ELIAS

16-Atendimento a RV N
 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 18-Número no CRO 11498
 19-UF GO
 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 02193067911071
 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 23-Número no CRO 11498
 24-UF GO
 25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405 (1) 81000375-RPD (1) 81000375-RPE (1) 81000375-RMD
 26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 27-Número no CRO 11498
 28-UF GO
 29-Código CRO S (1) 81000375-RMD

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsa	42-Assinatura
1-00	08100405	RADIOGRAFIA PANORAMICA	1		1	7,80	0,00		S	12/10/08		Daniel
2-00	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1		1	14,00	0,00		S	12/10/08		Daniel
3-00	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1		1	14,00	0,00		S	12/10/08		Daniel
4-00	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1		1	14,00	0,00		S	12/10/08		Daniel
5-00	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1		1	14,00	0,00		S	12/10/08		Daniel
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Diag Previsto - Termo do Tratamento 12/10/08/12/01
 44-Tipo de Atendimento 2-1-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\$ 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(ram) 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
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/08/12/01
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/08/12/01 Daniel Costa Elias
 53-Data, local e Caminho da Empresa

CRA - CENTRO RADIODIAGNÓSTICO APARECIDA
 CNPJ: 08.471.911/0001-10

981494



Clínica
Integrada
De Saúde &
Bem Estar

Solicitação de exames

Paciente: Daniel Costa Elias

- ✓ Solicito radiografias Periapical Total (Check Up):
Detecção de lesões periapicais.
- ✓ Interproximal das regiões: Molares Direito e Esquerdo.
Pré-molares Direito e Esquerdo.
Diagnostico de caries proximais e oclusais
- ✓ Solicito Panorâmica.
Avaliação de canal mandibular

Goiânia, 06 de Junho de 2020

Dra. Márcia Luz Marques CRO: 9234.

CLÍNICA LUZ INTEGRADA - CRO 50

CNPJ: 10.637.92/0001-00

RT. Dra. Márcia Luz Marques - CRO 9234



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: MATHEUS HENRIQUE DE SOUZA PINTO

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

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

Goiânia, 07 de agosto de 2020

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

Av T9 c/ Rua C212 n° 521 Lt 10 S/2 Jardim América - Goiânia-GO

Fone: (62) 3996-0019

Ana Carolina Celestino do Nascimento

Solicito Rx periapical dos dentes 14, 16, 23, 25, 37, 45, 47,
35, 26
Avaliar necessidade de tratamento endodôntico.

Go. 05.08.2020


Dra. Virginia Lemes Samraio
Cirurgiã - Dentista
CRO 13610



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/10/2018
 4-Data de Autorização 13/10/2018
 5-Semana AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7783138
 7-Data Validade da Semna 10/11/2018

8-Número da Carteira 02021253066060000101
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NARA RUBIA TELES MENDES
 14-Telefone
 15-Nome do Titular do plano NARA RUBIA TELES MENDES

16-Alinhamento 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 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 021930679107
 22-Nome do Contratado Excitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 23-Número no CRO 11498
 24-UF GO
 25-Código CNES Enviar - RX
 26-Nome do Profissional Excitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA
 27-Número no CRO 11498
 28-UF GO
 29-Código CBO S
 30-Data de Realização
 31-Data de Assinatura

32-Descrição
 33-DentierRegião
 34-Face
 35-QID
 36-Quantidade US
 37-Valor
 38-Franquia/Co-participação R\$
 39-Aut
 40-Data de Realização
 41-Motivo da Glosa
 42-Assinatura

30c-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentierRegião	34-Face	35-QID	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 1 0 0 0 4 2 1 1	RPSPD	1	1	14,00	0,00	0,00	1	13/10/18		NARA
2-0	0	8 1 1 0 0 0 1 4 2 1 1	RCSD	1	1	14,00	0,00	0,00	1	13/10/18		NARA
3-0	0	8 1 1 0 0 0 0 4 2 1 1	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00	1	13/10/18		NARA
4-0	0	8 1 1 0 0 0 0 1 4 2 1 1	RCSE	1	1	14,00	0,00	0,00	1	13/10/18		NARA
5-0	0	8 1 1 0 0 0 0 0 4 2 1 1	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	1	13/10/18		NARA
6-0	0	8 1 1 0 0 0 0 0 4 2 1 1	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	1	13/10/18		NARA
7-0	0	8 1 1 0 0 0 0 0 4 2 1 1	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	1	13/10/18		NARA
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												


43-Data Previsto Término do Tratamento 13/10/18
 44-Tipo de Atendimento 2 Tratamento Odontológico
 45-Tipo de Faturamento T1 Total
 46-Total Quantidade US 98,00
 47-Valor Total R\$ 0,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação
 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/18
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/18
 53-Data, local e Caminho da Empresa

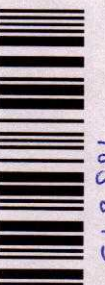
CIA - CENTRO REGIONAL ODONTOLÓGICO APARECIDA
 CNPJ: 08.847.811/0001-10
 NARA RUBIA TELES MENDES

Nara Rúbia Belis Mendes

Solicito Rx periapical dos dentes 15, 12, 21, 22, 25, 36, 46
Avaliar lesão de cárie, e se há necessidade de tratamento endo-
dôntico.

Dr. 
Nara R. Belis Mendes
Trânsito - Dentista
CRO 13010

Ep. 05.08.2020



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/01/08
 4-Data de Autorização 12/01/08
 5-Será AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7803259
 7-Data Validade da Serita 18/11/20

360361
 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025293803000010101
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KELCE SANTIAGO DOS SANTOS
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano KELCE SANTIAGO DOS SANTOS

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 029306791107
 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

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-Aui 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1		1	78,00	0,00		S	20/08/2008		Mila
2-												
3-1												
4-												
5-1												
6-1												
7-												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/08/2008
 44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 78,00
 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 prestadora 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
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Cartão da Empresa

CIA - CENTRO ODONTOLÓGICO
 CNP 005.471.911
 MILA SANTIAGO DOS SANTOS

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: KELCE SANTIAGO DOS SANTOS

**RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DE
CANAL MANDIBULAR, DENTES INCLUSOS.**

Goiânia, 18 de AGOSTO de 2020

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

Res. Cirurgia Bucomaxilofacial

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