

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

Razão Social: RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 26985168000197 (RADIODIAGNOSTICO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 1543/DF

Cirurgião Dentista: (16259) - JOSE AILTON ALVES LOULY

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
283939 - I	DIONICE ALVES BORGES JANUARIO (00202529135900000101)		06/02/2020	78	0.4	R\$ 31,20
289251 - I	MARCOS VENICIUS DE OLIVEIRA SILVA (00202509784001890001)		17/02/2020	56	0.4	R\$ 22,40
292694 - I	STEFANNY KAREN BORGES JANUARIO (00202528329400000101)		27/02/2020	346	0.4	R\$ 138,40

Totalizador

N° de USOs: 480
N° de atendimentos: 3
Valor: R\$ 192,00

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 480
N° de atendimentos: 3
Valor: R\$ 192,00

Totalizador da Clínica

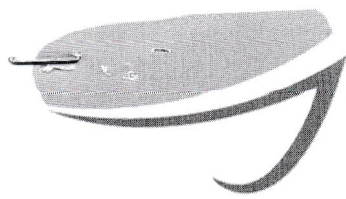
N° de USOs: 480
N° de atendimentos: 3
Valor: R\$ 192,00

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: 04/05/2020 15:42

Página 1 de 1



GOC
odontologia especializada

Paciente: STEFANNY KAREN BORGES JANUARIO

() Radiografia Panorâmica

() Radiografias Interproximal:

() Molares – () direito

() esquerdo

() Pré molares – () direito

() esquerdo

() Radiografia Periapical _____

(x) Documentação Ortodôntica:

Pan / Tele / Periapicais Incisivos / Mod. / Fotos/Análise Usp/Mc Namara

Catielli Girardi
Cirurgiã - Dentista
CRO-DF 41.469

Brasília, 27, fevereiro, 2020

Endereço: Assis Chateaubriand

Bloco 01 sala 307

Asa Sul – Brasília –DF

Cnpj: 25.173.753/0001-20



tel 35.233.0078
wh 3202.8143



Assis Chateaubriand
Bloco 01 sala 307



nenhonyodontologia@gmail.com

2-N



289251
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
RADIODIAGNOSTICO26-Nome do Profissional Executante

JOSE ALLTON ALVES LOULY	1543	DF	(1) 8100042-
-------------------------	------	----	--------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	12/21/04/1/20
44- Tipo de Atendimento	2
1-Tratamento Odontológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	1
45- Tipo de Falhamento	1
1- Total 2-Parcial	1
46- Total Quantidade US	56,00
47-Valor Total R\$	0,00
48- Total Franquia / Co-participação R\$	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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
[]/[]/[]/[]/[]/[]
[]/[]/[]/[]/[]/[]
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista
[]/[]/[]/[]/[]/[]
[]/[]/[]/[]/[]/[]
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
[]/[]/[]/[]/[]/[]
[]/[]/[]/[]/[]/[]
53-Data, local e Caminho da Empresa
[]/[]/[]/[]/[]/[]
[]/[]/[]/[]/[]/[]

CPD-DF 1834

Paciente:

marcos Vinicius

Endereço:

Ida Oliveira Silva

Solicitação Dr.(a):

Thales Brasil

Solicito documentação ortodôntica:
panorâmica + tela com tracado +
modelos + 8 fotos + perispirais
de incisivos, inferiores: 11 e 12,
21 e 22, 31, 32, 41 e 42.
Análises cefalométricas:
padrão USP, Unicomp para
fins ortodônticos.

Dr. Thales Brasil
Especialista em Ortodontia - E 3081
Especialista em Implantodontia - IE 3746
Doutorado em Implantodontia
CRO-DF 8330

22/04/20



283939
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 06/02/2014 4-Data de Autorização 14/02/2014 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7386429 7-Data Validade da Serinha 06/05/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529135900000101 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DIONICE ALVES BORGES JANUARIO 13/08/1961 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano DIONICE ALVES BORGES JANUARIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO 18-Número no CRO 1543 19-UF DF 20-Código CBO S 09 25-025- Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06691552172 22-Nome do Contratado Executante JOSE ALLTON ALVES LOULY 23-Número no CRO 1543 24-UF DF 25-Código CNES 3200531 (1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante JOSE ALLTON ALVES LOULY 27-Número no CRO 1543 28-UF DF 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-Móv da Gress	42-Assinatura
1-00	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	00	0,00		S	14/02/2014		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/02/2014 44-Tipo de Atendimento 2-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\$ 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), terão/tem 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 14/02/2014 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 14/02/2014 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/02/2014 53-Data, local e Caminho da Empresa

Assinatura
CRO-DF 4834



GOC
odontologia especializada

Paciente: Daionice Alves Borges

☒ Radiografia Panorâmica notificação de Caries e
risco.

☐ Radiografias Interproximal:

☐ Molares – ☐ direito

☐ esquerdo

☐ Pré molares – ☐ direito

☐ esquerdo

☐ Radiografia Periapical _____

☐ Documentação Ortodôntica:

Pan / Tele / Periapicais Incisivos / Mod. / Fotos/Análise Usp/Mc Namara

Catieli Girardi
Cirurgiã - Dentista
CRO-DF 11.469

Brasília, 05, Dezembro, 2020

Endereço: Assis Chateaubriand

Bloco 01 sala 307

Asa Sul – Brasília –DF

Cnpj: 25.173.753/0001-20



tel: 96250 0040
wh: 32012 9163



4416 2753 sala 307 unid
www.gocodontologia.com.br



nenhonyodontologia@gmail.com