

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/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
417288 - I	STEFANY PAULA ALVES (00202532659900000103)		12/11/2020	222	0.59	R\$ 130,98
417290 - I	RONALDO NEVES BARRETO (00202532659900000101)		12/11/2020	222	0.59	R\$ 130,98
417872 - I	HELDER GOMES BORGES (00202527733100000101)		12/11/2020	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador						
				N° de USOs:	666	
				N° de atendimentos:	3	
				Valor:	R\$ 392,94	

Totalizador da Operadora						
				N° de USOs:	666	
				N° de atendimentos:	3	
				Valor:	R\$ 392,94	

Totalizador da Clínica						
				N° de USOs:	666	
				N° de atendimentos:	3	
				Valor:	R\$ 392,94	

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: 01/12/2020 10:15

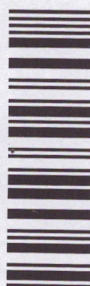
Página 1 de 1



franquias para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANº



417288
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/2011 4-Data de Autorização 16/11/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8045842 7-Data Validade da Senha 10/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00201253265990000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa RONALDO NEVES BARRETO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome STEFANY PAULA ALVES 20/08/1996 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano RONALDO NEVES BARRETO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-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 Glosa	42-Assinatura
1-00	81000294	LEVANTAMENTO		1		222,00	0,00			16/11/2011		X Stefany Alves
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/11/2011 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 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 apresentado, recebi 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 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/11/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA CNPJ 08.883.923/0001-29

Alves



RECEITUÁRIO

ODONTOCLINICA

NOME/PACIENTE:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

Silvany Paula Silva

Solicit: levantamento Periapical de

todos os dentes superiores e inferiores para
planejamento odontológico,
Já na preparação de 4 m. no 16, 26, 36 e 37

Dr. Bruno Viscál Rocha
~~Cirurgião Dentista / Odontólogo~~
CRO-GO 12.332

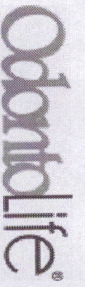
04/11/20

Dr. Bruno Viscál

CRO-GO 12332

FONES: 62 3223-6222 | 99495-7355

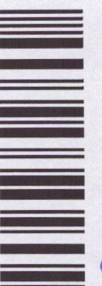
Av. Goiás, nº 315, Apto. 1.004, Ed. Itamaraty
Entre a Rua 2 e o Banco Itau, Centro, Goiânia - GO



Identificação para vício de dent

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



417290
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/2/11 11/2/01

4-Data de Autorização
11/6/11 11/2/01

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8045856

7-Data Validade da Seria
11/01/10 12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0101202532659900001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
RONALDO NEVES BARRETO

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RONALDO NEVES BARRETO

14-Telefone
14/01/1991

15-Nome do titular do plano
RONALDO NEVES BARRETO

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

21-Data Validade da Seria
025 -
Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

23-Número no CRO
12549

24-UF
GO

25-Código CNES
12549

26-Código CBO S
GO

27-Nome do Profissional Executante
ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento
101081000294

32-Descrição
LEVANTAMENTO

33-Dente/Região
11

34-Face
2

35-Classe
2

36-Quantidade US
2

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
11/11/11

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura
X

2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Classe

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Classe

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Classe

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Classe

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Classe

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Classe

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Classe

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/11/11 11/20

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\$
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 Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável



RECEITUÁRIO

ODONTOCLINICA

NOME/PACIENTE:

Renaldo mess brando

ENDEREÇO:

TELEFONE:

Solicitado: Manutenção Periodica
de todos os dentes superiores e inferiores
para planejamento ortodôntico.
Linha prioritária de 4 m no 16, 26, 37, 36, 37

Dr. Bruno Viscali Rocha
Cirurgião Dentista / Odontologista
CRO-GO 12.332

04/11/22

Dr. Bruno Viscali
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

2-N₂

200 34 222

417872
INTERC

CONTROLE INTEGRADO



Paciente:

Helder G. Borges

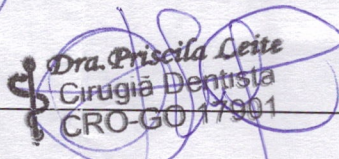
Solicito:

- () Periapical Dentes: _____
- () Interproximais de molares D e E e pré- molares D e E.
- () Panorâmica: Topo
- (x) Total check up Finalidade: Avaliação periodontal.

Finalidade: Avaliação de cáries proximais e regiões apicais dos dentes.

Enviar raio-x por email: reluz1@outlook.com

Goiânia, 12 de novembro de 2020.


Dra. Priscila Leite
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 17901

(62)3224-9086 – Whatsapp (62) 99574-8501
Av. Tocantins nº 830 Qd. 71 Lt. 02 Centro, Goiânia -GO.
(Próximo ao Centro de Convenções)
Email: reluz1@outlook.com