

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: ABRIL/2021

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
474551 - I	ANDREILSON DA CONCEICAO SANTOS SILVA (00202535163400000102)		10/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
474557 - I	JULIANA MACARIO DOS SANTOS (00202535163400000101)		10/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
476169 - I	MAILZA DOS SANTOS SILVA (00202535237400000101)		12/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
489707 - I	CLAUDENIRA DA CONCEICAO FELIX CARVALHO (00202535580000000101)		03/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
489938 - I	NERIZON RODRIGUES DA SILVA (00202535580000000102)		03/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
493774 - I	MARISA MACHADO RODRIGUES (00202535462600000102)		08/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
493784 - I	LEANE PEREIRA RODRIGUES (00202535462600000101)		08/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador					
				Nº de USOs:	546
				Nº de atendimentos:	7
				Valor:	R\$ 316,68

Totalizador da Operadora					
				Nº de USOs:	546
				Nº de atendimentos:	7
				Valor:	R\$ 316,68

Totalizador da Clínica					
				Nº de USOs:	546
				Nº de atendimentos:	7
				Valor:	R\$ 316,68

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.

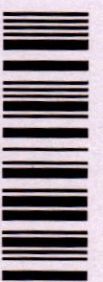
Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/04/2021 10:07

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



474551
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/01/2012	4-Data de Autorização 10/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8289336	7-Data Validade da Senha 11/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202025351634000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANDREILSON DA CONCEICAO SANTOS SILVA	01/09/1993	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIANA MACARIO DOS SANTOS
---	------------	----------------------	---

Endereço do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	18-Número no CRO 12549	19-UF GO	20-Código CBO S 09
--	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 013498791185	22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	23-Número no CRO 12549	24-UF GO	25-Código CNES (i) 8100405
---	---	---------------------------	-------------	-------------------------------

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-Item	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		78,00	0,00			10/02/2012		Andresson
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/02/2012	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\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

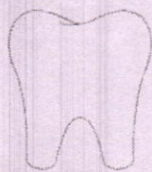
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 10/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/01/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/2012
---	---	---

DA CONCEICAO SANTOS SILVA
CNPJ 86.882.925-000119

CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E DENTISTIA



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

BRUNO VISCAL ROCHA

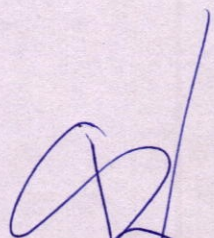
(CRO 12332)

PACIENTE: ANDREILSON DA CONCEIÇÃO SANTOS SILVA

EXAMES:

- PANORAMICA (Avaliação de canal mandibular)

GOIÂNIA, 21.01.2021



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

Av. Goiás N. 315, SETOR CENTRAL

Fone: (62) 3223-6222

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



21031812

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 3/12/11 4-Data de Autorização 10/4/10 3/12/11 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8350590 7-Dia Validade da Guia 10/1/10 16/12/11 489707 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025355800000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLAUDENIRA DA CONCEICAO FELIX CARVALHO 14-Telefone () 15-Nome do Titular do plano CLAUDENIRA DA CONCEICAO FELIX CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA 18-Número no CRO 12549 19-UF GO 20-Código CRO S 09 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 013491879185 22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES 61000405 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-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-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-100	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	78	00	10,00	5,04	03/12/11			
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-Dia Previsão Término de Tratamento 10/10/10 44-Tipo de Atendimento 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\$ 10,10 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/1/10 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/1/10 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/10 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S-LTD
CNPJ: 86.882.925-00001-08
de Aline de Paula Ferreira Caetano

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: CLAUDENIRA DA CONCEIÇÃO FELIX CARVALHO

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA
AVALIAÇÃO DE DENTES INCLUSOS E CANAL
MANDIBULAR.**

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

Goiânia, 02 de março de 2021

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



21023690

Identificação para você emitir

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8289340	7-Data Validade da Senha 11/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253516340000101	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 474557 INTERCÂMBIO
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome

JULIANA MACARIO DOS SANTOS

01/05/1989

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JULIANA MACARIO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Amenidade 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	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (/ 81000405)
------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0113498791815

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-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Fee	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oção	42-Assinatura
1-00181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78100	0,00	0,00			10/02/21		Juliana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
10/03/21

44-Tipo de Amendamento
2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
178100

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(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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável pelo Tratamento

53-Data, local e Caimbo da Empresa

macario dos Santos

CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ 08.882.923/000117-28



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

BRUNO VISCAL ROCHA

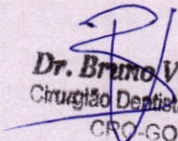
(CRO 12332)

PACIENTE: JULIANA MACARIO DOS SANTOS

EXAMES:

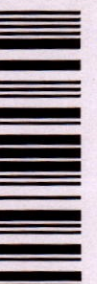
- PANORAMICA (Avaliação de canal mandibular)

GOIÂNIA, 21.01.2021


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

Av. Goiás N. 315, SETOR CENTRAL

Fone: (62) 3223-6222



21037968

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/08/2013 12/21 4-Data de Autorização 11/11/2013 12/21 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8365798 7-Data Validade da Guia 10/06/2016 12/21 493784 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/2012 15/3/5/4/6/2/6/0/0/0/0/1/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LEANE PEREIRA RODRIGUES 24/11/1995 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LEANE PEREIRA RODRIGUES

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 0113491879185 22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES 0181000405 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-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			15/11/2013		Leane
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/03/2014 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 178,00 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 voluntária. 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 11/11/2013 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2013 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/2013 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA
IMAGNOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ 86.865.525/0001-20
Leane Rodrigues

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis
CRO/GO: 15.639
Cirurgia Oral Menor
Clínica Geral

PARA: LEANE PEREIRA RODRIGUES

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA
AVALIAÇÃO DE DENTES INCLUSOS E CANAL
MANDIBULAR.**

Goiânia, 05 de março de 2021

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bicomaxilofacial
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

2-N



21032683

CRO CENTRO INTEGRADO
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 06.882.935/0001-20
52-Daria, local ex
516/11

Mailbox
Sandy & Linda

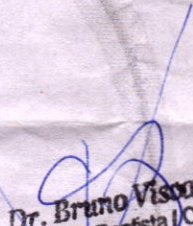


Tratamentos Odontológicos Completos

Drº Bruno Viscal Rocha
Cirurgião-Dentista
CRO_GO 12332

ODONTOCLÍNICA

Paciente: Maelza dos Santos Silva
Solicita Rx Panorâmica Para
Planejamento cirurgico e aparelho
ortodontico.


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

26/02/21

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



21037958

1-Registro ANS 406414 3-Daten de Emissão da Guia 10/08/2013 4-Daten de Autorização 11/10/2013 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8365751 7-Daten Validade da Serina 10/06/2013 493774 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002102535462600000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Daten Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARISA MACHADO RODRIGUES 13/08/1993 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LEANE PEREIRA RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA 17-Nome do Profissional Solicitante 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01349879185 22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 26-Nome do Profissional Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 18-Número no CRO 12549 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES 27-Número no CRO 12549 28-UF GO 29-Código CBO S 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Daten de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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-Daten de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	100	0,00			11/10/2013		Marisa
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Daten Previsto Término do Tratamento 11/10/2013 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Genérica/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 78,10 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-Daten, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2013 C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA CNPJ 08.882.921/00321455 Marisa Machado Rodrigues 53-Daten, local e Endereço da Empresa

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis
CRO/GO: 15.639
Cirurgia Oral Menor
Clínica Geral

PARA: MARISA MACHADO RODRIGUES

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA
AVALIAÇÃO DE DENTES INCLUSOS E CANAL
MANDIBULAR.**

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

Goiânia, 05 de março de 2021

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

2-N



21031895

489938
INTERCÂMBIO

ude

0

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

	T	T
	L	L
	E	E
	H	H
	F	F
	F	F

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	37	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	37	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

48- Total Franquia / Co-participação R\$

_____ , _____

1000

1111

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis

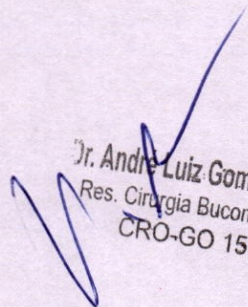
CRO/GO: 15.639

Cirurgia Oral Menor

Clínica Geral

PARA: NERIZON RODRIGUES DA SILVA

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA
AVALIAÇÃO DE DENTES INCLUSOS E CANAL
MANDIBULAR.**


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

Goiânia, 02 de março de 2021

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