

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

Razão Social: RADIOFACIAL - DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR IMAGEM LTDA

CNPJ: 04811987000185 (C.I.R.O - DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR IMAGEM PORTUGAL)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 7436/GO

Cirurgião Dentista: (16249) - PRISCILLA PAIVA PEREIRA VELOZO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
349256 - I	CLEUDE PEREIRA DE SOUSA (00202530582900000101)		31/07/2020	222	0.59	R\$ 130,98
350293 - I	CLEUDE PEREIRA DE SOUSA (00202530582900000101)		03/08/2020	78	0.58	R\$ 45,24
363330 - I	MARCOS DA SILVA FERREIRA (00202531411300000101)		25/08/2020	78	0.58	R\$ 45,24
363330 - I	MARCOS DA SILVA FERREIRA (00202531411300000101)		25/08/2020	56	0.6	R\$ 33,60
364818 - I	MARCOS DA SILVA FERREIRA (00202531411300000101)		26/08/2020	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador

N° de USOs: 656
N° de atendimentos: 4
Valor: R\$ 386,04

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 656
N° de atendimentos: 4
Valor: R\$ 386,04

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 656
N° de atendimentos: 4
Valor: R\$ 386,04

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 09:55

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



977049

349256
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 13/11/07 12:01 4-Dia de Autorização 10/3/08 11:21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7752049 7-Dia Validade da Guia 12/9/11 10:12 10

8-Número da Carteira 0102025305829000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLEUDE PEREIRA DE SOUSA 09/04/1985 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CLEUDE PEREIRA DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA PAIVA PEREIRA VELOZO 18-Número no CRO 7436 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04278742622 22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA PAIVA PEREIRA VELOZO 23-Número no CRO 7436 24-UF GO 25-Código CNES 26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA PAIVA PEREIRA VELOZO 27-Número no CRO 7436 28-UF GO 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Cixa	42-Assinatura
1-0	0	81000294			1	22121010		0,00		5	02/10/2008	Cleude
2-												
3-1												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tipologia Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Tipologia 2-Preço 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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 Declaração, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham 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 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

ADONALDI DIAS PEREIRA COORDENADOR DE IMPLANTOLOGIA
CNPJ: 04.811.987/0001-16
03/10/2008
Cleude Pereira Velozo e Sousa



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: CLEUDE PEREIRA DE SOUSA

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

Goiânia, 21 de julho de 2020

*Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Clínico e Radiológico
CRD-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



977664

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 8/12/0 4-Data de Autorização 10/4/10 8/12/0 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7757163 7-Data Validade da Sentença 10/1/11 1/12/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530582900000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLEUDE PEREIRA DE SOUSA 14-Teléfono 09/04/1985 15-Nome do titular do plano CLEUDE PEREIRA DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA PAIVA PEREIRA VELOZO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04278742622 22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA PAIVA PEREIRA VELOZO 23-Número no CRO 7436 24-UF GO 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405

26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA PAIVA PEREIRA VELOZO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Volter	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,8,10,0		0,10,0	S	05/10/08	2008	Cleude
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/10/08 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 7,8,10,0 47-Valor Total R\$ 0,10,0 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 04/10/08 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/08 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/08 53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/10/08

PROFESSOR DIAGNOSTICO ODONTOLÓGICO POR IMAGEM E DIALER
CNPJ: 04.811.987/0001-35

Cleude Pereira de Sousa

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

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

PARA: CLEUDE PEREIRA DE SOUSA

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

Goiânia, 21 de julho de 2020


Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Oral Menor
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



Clínica
Integrada
De Saúde &
Bem Estar

Solicitação de exames

Paciente: Marcos Da Silva Ferreira

Exames

- Levantamento Radiográfico.
 - Avaliação Periodontal
- 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, 24 de Agosto de 2020

Dra. **Márcia Luz Marques** CRO: 9234.

CNPJ: 10.437.592/0001-00

RT. Dra. **Márcia Luz Marques** - CRO 9234

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



990326

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/2018 4-Data de Autorização 12/08/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7824939 7-Data Validade da Guia 12/04/2019 8-Data Validade da Guia 12/04/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/2015 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCOS DA SILVA FERREIRA 14-Telefone 10/07/1987 15-Nome do Titular do plano MARCOS DA SILVA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA PAIVA PEREIRA VELOZO 18-UF GO 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104278742622 22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA PAIVA PEREIRA VELOZO 23-Número no CNO 7436 24-UF GO 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA PAIVA PEREIRA VELOZO 27-Número no CRO 7436 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-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	081000294	LEVANTAMENTO	1	1	2	2	2,00	0,00	S	12/08/2018	2018	Wlansky
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto, Término do Tratamento 12/08/2020 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 2222,00 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 12/08/2018 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2018 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2018 53-Data, local e Carimbo da Empresa

RADIOLÓGICA DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO PARA IMAGEM LUNAR
CNPJ: 06.611.987/0001-85



Clínica
Integrada
De Saúde &
Bem Estar

Solicitação de exames

Paciente: MARCOS DA SILVA FERREIRA

Exames

- Levantamento Radiográfico.
 - Avaliação Periodontal

Goiânia, 26 de Agosto de 2020

Dra. Márcia Luz Marques CRO: 9234.

CNPJ: 10.677.592/0001-00

RT. Dra. Márcia Luz Marques - CRO 9234