

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/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
369223 - I	MARCOS DAMACENO DOS SANTOS (00202531217600000101)		03/09/2020	222	0.59	R\$ 130,98
369599 - I	MURILLO GONCALVES DE SOUZA (00202521150300000204)		03/09/2020	78	0.58	R\$ 45,24
369603 - I	PAULA CRISTINA DE SOUZA (00202521150300000202)		03/09/2020	222	0.59	R\$ 130,98
374304 - I	ALINE GOMES MEDEIROS (00202531938500000101)		12/09/2020	222	0.59	R\$ 130,98
374305 - I	ALINE GOMES MEDEIROS (00202531938500000101)		12/09/2020	78	0.58	R\$ 45,24
374308 - I	JOAO MINEIRO DE JESUS PEREIRA (00202531938500000103)		12/09/2020	78	0.58	R\$ 45,24
374589 - I	ANDRIELLY RAIANY RESENDE DOS SANTOS (00202531740500000102)		14/09/2020	78	0.58	R\$ 45,24
384660 - I	FRANCISCA JOSILEIDE DAMASCENO (00202532317800000102)		28/09/2020	222	0.59	R\$ 130,98
386178 - I	JUCIARA DE ARAUJO MIZEL DO NASCIMENTO (00202532317800000101)		29/09/2020	346	0.49	R\$ 169,54

Totalizador

Nº de USOs: 1546
Nº de atendimentos: 9
Valor: R\$ 874,42

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1546
Nº de atendimentos: 9
Valor: R\$ 874,42

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 1546
Nº de atendimentos: 9
Valor: R\$ 874,42

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: 01/10/2020 16:12

Página 1 de 1

2-N



55739

369223
INTERCÂMBIO

—

1

10

9

1

1

1

1

1

1

1

1

4ste

1

CIRIO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA DENTOLÓGICA S/S LTDA

Imunizo-Dentista

09/10/2017

32-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

09/10/2017

P

QUALITY
Central de Odontologia

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE:

Marco Camacho Sals

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

GOIANIA, 02 / 09 / 20

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - 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**

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



369599
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/09/2010 4-Data de Autorização 09/09/2010 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7846964 7-Data Validade da Santa 10/12/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202521150300000204 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CARGOSOF SERVICOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MURILLO GONCALVES DE SOUZA 16/06/2009 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANESIO GONCALVES DE FREITAS

Pessoa do Contrato 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 09 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

01349879185 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

Pessoa de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Roçalo	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cp-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1	01081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,8,0,0	0,0,0			09/09/2010		Paula
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/09/2010 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 7,8,0,0 47-Valor Total R\$ 0,0,0,0 48-Total Franquia / Cp-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-Osservação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA
IMAGINOLOGIA E RADIODONTOLOGIA S/S LTDA
CNPJ 06.882.925-0001-29
dr Souza

98537

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

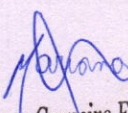
PACIENTE:

Murillo Gonçalves de Souza

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

GOIANIA,

01 / 09 / 2020


Dra. Mariana Carneiro Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 12726

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

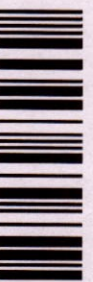
**Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO**



transfere para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



095330

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/09 12:01	4-Data de Autorização 09/09/09 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7847002	7-Data Validada da Senha 02/11/2012	369603 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020252115030000202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CARGOSOFT SERVICOS	11-Data Validada da Carteira 03/04/1979	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	----------------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome PAULA CRISTINA DE SOUZA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANESIO GONCALVES DE FREITAS	16-Anuário a RN C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA	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-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01349879185	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	30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentista/Região 34-Face 35-Clínica 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura
------------------------------------	------------------------------	--	---	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Clínica	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO		1		22200	0,00		S	09/09/2012		X Paula
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 09/09/20	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 22200	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 09/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA S/S LTDA
IMAGINOLOGIA E DENTISTICA S/S LTDA
CNPJ 08.822.025/0001-11

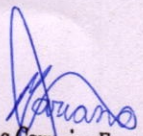
Cristina de Souza

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Paula Cristiana do Souza*

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

GOIANIA, 01 / 09 / 2020


Dra. Mariana Carneiro Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 12726

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



20004559

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/12/09 12:01

4-Data de Autorização
12/04/09 12:01

5-Serina
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7866483

7-Data Validade da Serina
11/11/12 12:01

374304
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

010201253193850101010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALINE GOMES MEDEIROS

30/09/2000

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ALINE GOMES MEDEIROS

16-Endereço 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 CRO S
09

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- 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- Data de Realização	41- Motivo da Cidex	42- Assinatura
1-	01081000294	LEVANTAMENTO		1		222,00	0,00		S	24/09/2010		x Aline
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43- Data Prevista Término do Tratamento	24/09/10	44- Tipo de Atendimento	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\$		

Declara, 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.

48- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
24/11/09 12:00

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/09/10 x Aline

53- Data, local e Carimbo da Empresa

C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA S/S LTDA
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ 86.888.925-0001-29

Gomes Medeiros

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Aline Gomes medeiros*

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

GOIANIA, *11* / *8* / *20*

Dr. Luis Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - GO 6223

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

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

2-N



2000 4559

374305
INTERCÂMBIO12-Numero do Cartão Nacional de SaúdeALINE GOMES MEDEIROS

(19) HC

C.I.R.O. - CENTRO IN871A FEPlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Procedimento

4	0	0
---	---	---

—

—

[illegible][illegible]

—

—

•

10

[illegible][illegible]

—

—

— 332 —

do Tratamento

2C

ido devidam

to realizado

100

—

[illegible]

1

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Aline Gomes Medeiros*

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

GOIANIA, 11 / 9 / 20

[Signature]
Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortopodista
CRO - GO 6721

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

Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO

CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: João Máximo de Jesus Pereira

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

GOIANIA, 11 / 3 / 20

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista
CRB - GO 2272

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

2ºº



20001314

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011 4-Data de Autorização 11/09/2011 5-Senha AUTORIZADO 7867652 6-Número da Guia Principal 7-Data Validade da Senha 13/12/2011 374589 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253174050000010102 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

13-Nome ANDRIELLY RAANY RESENDE DOS SANTOS 25/07/2002 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JACHLINE RESENDE DE SOUZA SANTOS

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Ancoramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA 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 27-Número no CRO 12549 28-UF GO 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

Piano 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- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	1 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7 8 1 0 0	0 1 0 0	5 1 8 1 0 9 1 1 2 0				X Andrielly
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 Prescrição Término do Tratamento 11/09/2011 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 7 8 1 0 0 47-Valor Total R\$ 0 1 0 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(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 11/09/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa

C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA S/S LTDA
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ: 08.922.925/0001-90

Andrielly
Raany Resende
dos Santos



Paciente: Andrielly R.R. do Santos

Solicito:

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

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

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

Goiânia, 05 de setembro de 2020.

[Signature]
Dra. Vanessa Vilela L...
Ortodontista - Implantodontia
CRP GO 8645

(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

2-N

384660
INTERCÂMBIO

2001

C

A1 - Motivo da Chama A2 - Assessor

2020

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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

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

istente e arcar com os custos

--	--

1001

em contrato.

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA S/S LTDA

IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA

CNPJ 88.882.925/0001-28

Uniplo-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

29/06/2019

Marcelo J. J. J. J.

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Francisco Fabiano Ramalho*

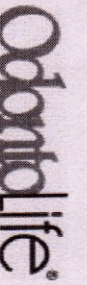
- **LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (AVALIAÇÃO ENDODONTICA E PERIODONTAL SUSPEITA DE LESÃO INTRAOSSEA, E ATIVIDADE DE CÁRIE).**

GOIANIA, 25 / 9 / 20

Dra. Julia Barbosa Martini
Dra. *Georgina de Paula Martini*
CRO-GO 16203
CRO-GO 16203

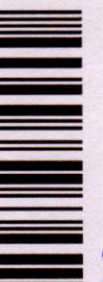
62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



20007929

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

29/10/2012

4-Data de Autorização

30/10/2012

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7918404

7-Data Validade da Senha

28/12/2012

8-Data Validade da Carteira

28/12/2012

9-Número do Cartão Nacional de Saúde

386178
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202532317800000101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

28/12/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JUCIARA DE ARAUJO MIZEL DO NASCIMENTO

08/04/1999

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

JUCIARA DE ARAUJO MIZEL DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA

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-Código na Operadora / CNPJ / CPF

025 -

22-Nome do Contratado Encarregado

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

001349879185

22-Nome do Contratado Encarregado

ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

23-Número no CRO

12549

24-UF

GO

25-Código CNES

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Encarregado

ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

27-Número no CRO

12549

28-UF

GO

29-Código CBO S

GO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

100346

32-Descrição

DOC ORTODONTICA "B"

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

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Encarregado

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura da Empresa

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura da Empresa

69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura da Empresa

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura da Empresa

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

29/10/2012

4-Data de Autorização

30/10/2012

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7918404

7-Data Validade da Senha

28/12/2012

8-Data Validade da Carteira

28/12/2012

9-Número do Cartão Nacional de Saúde

386178
INTERCÂMBIO

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

28/12/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

386178
INTERCÂMBIO

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

JUCIARA DE ARAUJO MIZEL DO NASCIMENTO

16-Atendimento a RN

C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA

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-Código na Operadora / CNPJ / CPF

025 -

22-Nome do Contratado Encarregado

Faturar Empresa

23-Número no CRO

12549

24-UF

GO

25-Código CNES

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Encarregado

ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

27-Número no CRO

12549

28-UF

GO

29-Código CBO S

GO

30-Tabela

31-Código do Procedimento

100346

32-Descrição

DOC ORTODONTICA "B"

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

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Encarregado

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura da Empresa

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura da Empresa

69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura da Empresa

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura da Empresa

73-Data, local e Assinatura da Empresa

74-Data, local e Assinatura da Empresa

75-Data, local e Assinatura da Empresa

76-Data, local e Assinatura da Empresa

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura da Empresa

79-Data, local e Assinatura da Empresa

80-Data, local e Assinatura da Empresa

81-Data, local e Assinatura da Empresa

82-Data, local e Assinatura da Empresa

83-Data, local e Assinatura da Empresa

84-Data, local e Assinatura da Empresa

85-Data, local e Assinatura da Empresa

86-Data, local e Assinatura da Empresa

87-Data, local e Assinatura da Empresa

88-Data, local e Assinatura da Empresa

89-Data, local e Assinatura da Empresa

90-Data, local e Assinatura da Empresa

**SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO
ORTODÔNTICA**

PACIENTE: *Juciana de Araújo Mizael do
Nascimento*

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA
- TELERRADIOGRAFIA (USP-McNAMARA) RICKETTS
- FOTOGRAFIAS INTRA E EXTRABUCAIS
- MODELOS DE ESTUDO
- PASTA PVC
(Avaliação Ortodôntica)

GOIANIA, *25* / *8* / *20*

[Assinatura]
Dra. Júlia Barbosa Martini
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 16203

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

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