

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Razão Social: CLIDEN CLÍNICA DENTARIA LTDA - EPP

CNPJ: 20472213000123 (CLIDEN CLÍNICA DENTARIA LTDA - EPP - EMERGENCIA COMERCIAL)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 5460/MG

Cirurgião Dentista: (14724) - JOSE JOAQUIM MENDES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
405302 - I	ELIZABETH VILA NOVA (00202529078700000101)		26/10/2020	88	0.3	R\$ 26,40
407409 - I	JACELIA ANIZIO MANOEL (00202530238400000101)		28/10/2020	88	0.3	R\$ 26,40
407423 - I	BRENDA LOUISE SOUSA SOARES (00202530284100000103)		28/10/2020	34	0.3	R\$ 10,20
407775 - I	JANAINA REGINA DE SOUSA (00202530284100000101)		29/10/2020	73	0.3	R\$ 21,90
408891 - I	PAULO EDUARDO RAMOS RAMOS CUNHA (00202531947600000102)		30/10/2020	73	0.3	R\$ 21,90
419492 - I	WARLEI LUIZ FERREIRA (00202532560200000102)		16/11/2020	259	0.3	R\$ 77,70

Totalizador						
				Nº de USOs:	615	
				Nº de atendimentos:	6	
				Valor:	R\$ 184,50	

Totalizador da Operadora						
				Nº de USOs:	615	
				Nº de atendimentos:	6	
				Valor:	R\$ 184,50	

Totalizador da Clínica						
				Nº de USOs:	615	
				Nº de atendimentos:	6	
				Valor:	R\$ 184,50	

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 11:21

Página 1 de 1



2-Nº

[illegible][illegible]

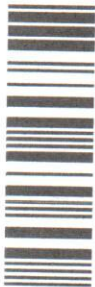
04/11/2020

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 10/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7997288		7-Data Validade da Senha 12/01/11 12/11/11		405302 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário				9-Plano				10-Empresa			
5-Número da Carteira 0101201252907870100101011				11-Data Validade da Carteira 13/02/1976				12-Número do Cartão Nacional de Saúde DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome ELIZABETH VILA NOVA				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano ELIZABETH VILA NOVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				16-Atendimento a RN				17-Nome do Profissional Solicitante			
N				JOSE JOAQUIM MENDES				18-Número no CRO 5460			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117744814649				22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES				23-Número no CRO 5460			
26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES				27-Número no CRO 5460				28-UF MG			
29-Código CBO S				30-UF MG				31-UF MG			
32-UF MG				33-UF MG				34-UF MG			
35-UF MG				36-UF MG				37-UF MG			
38-UF MG				39-UF MG				40-UF MG			
41-UF MG				42-UF MG				43-UF MG			
44-UF MG				45-UF MG				46-UF MG			
47-UF MG				48-UF MG				49-UF MG			
50-UF MG				51-UF MG				52-UF MG			
53-UF MG				54-UF MG				55-UF MG			
56-UF MG				57-UF MG				58-UF MG			
59-UF MG				60-UF MG				61-UF MG			
62-UF MG				63-UF MG				64-UF MG			
65-UF MG				66-UF MG				67-UF MG			
68-UF MG				69-UF MG				70-UF MG			
71-UF MG				72-UF MG				73-UF MG			
74-UF MG				75-UF MG				76-UF MG			
77-UF MG				78-UF MG				79-UF MG			
80-UF MG				81-UF MG				82-UF MG			
83-UF MG				84-UF MG				85-UF MG			
86-UF MG				87-UF MG				88-UF MG			
89-UF MG				90-UF MG				91-UF MG			
92-UF MG				93-UF MG				94-UF MG			
95-UF MG				96-UF MG				97-UF MG			
98-UF MG				99-UF MG				100-UF MG			
101-UF MG				102-UF MG				103-UF MG			
104-UF MG				105-UF MG				106-UF MG			
107-UF MG				108-UF MG				109-UF MG			
110-UF MG				111-UF MG				112-UF MG			
113-UF MG				114-UF MG				115-UF MG			
116-UF MG				117-UF MG				118-UF MG			
119-UF MG				120-UF MG				121-UF MG			
122-UF MG				123-UF MG				124-UF MG			
125-UF MG				126-UF MG				127-UF MG			
128-UF MG				129-UF MG				130-UF MG			
131-UF MG				132-UF MG				133-UF MG			
134-UF MG				135-UF MG				136-UF MG			
137-UF MG				138-UF MG				139-UF MG			
140-UF MG				141-UF MG				142-UF MG			
143-UF MG				144-UF MG				145-UF MG			
146-UF MG				147-UF MG				148-UF MG			
149-UF MG				150-UF MG				151-UF MG			
152-UF MG				153-UF MG				154-UF MG			
155-UF MG				156-UF MG				157-UF MG			
158-UF MG				159-UF MG				160-UF MG			
161-UF MG				162-UF MG				163-UF MG			
164-UF MG				165-UF MG				166-UF MG			
167-UF MG				168-UF MG				169-UF MG			
170-UF MG				171-UF MG				172-UF MG			
173-UF MG				174-UF MG				175-UF MG			
176-UF MG				177-UF MG				178-UF MG			
179-UF MG				180-UF MG				181-UF MG			
182-UF MG				183-UF MG				184-UF MG			
185-UF MG				186-UF MG				187-UF MG			
188-UF MG				189-UF MG				190-UF MG			
191-UF MG				192-UF MG				193-UF MG			
194-UF MG				195-UF MG				196-UF MG			
197-UF MG				198-UF MG				199-UF MG			
200-UF MG				201-UF MG				202-UF MG			
203-UF MG				204-UF MG				205-UF MG			
206-UF MG				207-UF MG				208-UF MG			
209-UF MG				210-UF MG				211-UF MG			
212-UF MG				213-UF MG				214-UF MG			
215-UF MG				216-UF MG				217-UF MG			
218-UF MG				219-UF MG				220-UF MG			
221-UF MG				222-UF MG				223-UF MG			
224-UF MG				225-UF MG				226-UF MG			
227-UF MG				228-UF MG				229-UF MG			
230-UF MG				231-UF MG				232-UF MG			
233-UF MG				234-UF MG				235-UF MG			
236-UF MG				237-UF MG				238-UF MG			
239-UF MG				240-UF MG				241-UF MG			
242-UF MG				243-UF MG				244-UF MG			
245-UF MG				246-UF MG				247-UF MG			
248-UF MG				249-UF MG				250-UF MG			
251-UF MG				252-UF MG				253-UF MG			
254-UF MG				255-UF MG				256-UF MG			
257-UF MG				258-UF MG				259-UF MG			
260-UF MG				261-UF MG				262-UF MG			
263-UF MG				264-UF MG				265-UF MG			
266-UF MG				267-UF MG				268-UF MG			
269-UF MG				270-UF MG				271-UF MG			
272-UF MG				273-UF MG				274-UF MG			
275-UF MG				276-UF MG				277-UF MG			
278-UF MG				279-UF MG				280-UF MG			
281-UF MG				282-UF MG				283-UF MG			
284-UF MG				285-UF MG				286-UF MG			
287-UF MG				288-UF MG				289-UF MG			
290-UF MG				291-UF MG				292-UF MG			
293-UF MG				294-UF MG				295-UF MG			
296-UF MG				297-UF MG				298-UF MG			
299-UF MG				300-UF MG				301-UF MG			
302-UF MG				303-UF MG				304-UF MG			
305-UF MG				306-UF MG				307-UF MG			
308-UF MG				309-UF MG				310-UF MG			
311-UF MG				312-UF MG				313-UF MG			
314-UF MG				315-UF MG				316-UF MG			
317-UF MG				318-UF MG				319-UF MG			
320-UF MG				321-UF MG				322-UF MG			
323-UF MG				324-UF MG				325-UF MG			
326-UF MG				327-UF MG				328-UF MG			
329-UF MG				330-UF MG				331-UF MG			
332-UF MG				333-UF MG				334-UF MG			
335-UF MG				336-UF MG				337-UF MG			
338-UF MG				339-UF MG				340-UF MG			
341-UF MG				342-UF MG				343-UF MG			
344-UF MG				345-UF MG				346-UF MG			
347-UF MG				348-UF MG				349-UF MG			
350-UF MG				351-UF MG				352-UF MG			
353-UF MG				354-UF MG				355-UF MG			
356-UF MG				357-UF MG				358-UF MG			
359-UF MG				360-UF MG				361-UF MG			
362-UF MG				363-UF MG				364-UF MG			
365-UF MG				366-UF MG				367-UF MG			
368-UF MG				369-UF MG				370-UF MG			
371-UF MG				372-UF MG				373-UF MG			
374-UF MG				375-UF MG				376-UF MG			
377-UF MG				378-UF MG				379-UF MG			
380-UF MG				381-UF MG				382-UF MG			
383-UF MG				384-UF MG				385-UF MG			
386-UF MG				387-UF MG				388-UF MG			
389-UF MG				390-UF MG				391-UF MG			
392-UF MG				393-UF MG				394-UF MG			
395-UF MG				396-UF MG				397-UF MG			
398-UF MG				399-UF MG				400-UF MG			
401-UF MG				402-UF MG				403-UF MG			
404-UF MG				405-UF MG				406-UF MG			
407-UF MG				408-UF MG				409-UF MG			
410-UF MG				411-UF MG				412-UF MG			
413-UF MG				414-UF MG				415-UF MG			
416-UF MG				417-UF MG				418-UF MG			
419-UF MG				420-UF MG				421-UF MG			
422-UF MG				423-UF MG				424-UF MG			
425-UF MG				426-UF MG				427-UF MG			
428-UF MG				429-UF MG				430-UF MG			
431-UF MG				432-UF MG				433-UF MG			
434-UF MG				435-UF MG				436-UF MG			
437-UF MG				438-UF MG				439-UF MG			
440-UF MG				441-UF MG				442-UF MG			
443-UF MG				444-UF MG				445-UF MG			
446-UF MG				447-UF MG				448-UF MG			
449-UF MG				450-UF MG				451-UF MG			
452-UF MG				453-UF MG				454-UF MG			
455-UF MG				456-UF MG				457-UF MG			
458-UF MG				459-UF MG				460-UF MG			
461-UF MG				462-UF MG				463-UF MG			
464-UF MG				465-UF MG				466-UF MG			
467-UF MG				468-UF MG				469-UF MG			
470-UF MG				471-UF MG				472-UF MG			
473-UF MG				474-UF MG				475-UF MG			
476-UF MG				477-UF MG				478-UF MG			
479-UF MG				480-UF MG				481-UF MG			
482-UF MG				483-UF MG				484-UF MG			
485-UF MG				486-UF MG				487-UF MG			
488-UF MG				489-UF MG				490-UF MG			
491-UF MG				492-UF MG				493-UF MG			
494-UF MG				495-UF MG				496-UF MG			
497-UF MG				498-UF MG				499-UF MG			
500-UF MG				501-UF MG				502-UF MG			
503-UF MG				504-UF MG				505-UF MG			
506-UF MG				507-UF MG				508-UF MG			
509-UF MG				510-UF MG				511-UF MG			
512-UF MG				513-UF MG				514-UF MG			
515-UF MG				516-UF MG				517-UF MG			
518-UF MG				519-UF MG				520-UF MG			
521-UF MG				522-UF MG				523-UF MG			
524-UF MG				525-UF MG				526-UF MG			
527-UF MG				528-UF MG				529-UF MG			
530-UF MG				531-UF MG				532-UF MG			
533-UF MG				534-UF MG				535-UF MG			
536-UF MG				537-UF MG				538-UF MG			
539-UF MG				540-UF MG				541-UF MG			
542-UF MG				543-UF MG				544-UF MG			
545-UF MG				546-UF MG				547-UF MG			
548-UF MG				549-UF MG				550-UF MG			
551-UF MG				552-UF MG				553-UF MG			
554-UF MG				555-UF MG				556-UF MG			
557-UF MG				558-UF MG				559-UF MG			
560-UF MG				561-UF MG				562-UF MG			
563-UF MG				564-UF MG				565-UF MG			
566-UF MG				567-UF MG				568-UF MG			
569-UF MG				570-UF MG				571-UF MG			
572-UF MG				573-UF MG				574-UF MG			
575-UF MG				576-UF MG				577-UF MG			
578-UF MG				579-UF MG				580-UF MG			
581-UF MG				582-UF MG				583-UF MG			
584-UF MG				585-UF MG				586-UF MG			
587-UF MG				588-UF MG				589-UF MG			
590-UF MG				591-UF MG				592-UF MG			
593-UF MG				594-UF MG				595-UF MG			
596-UF MG				597-UF MG				598-UF MG			
599-UF MG				600-UF MG				601-UF MG			
602-UF MG				603-UF MG				604-UF MG			
605-UF MG				606-UF MG				607-UF MG			
608-UF MG				609-UF MG				610-UF MG			
611-UF MG				612-UF MG				613-UF MG			
614-UF MG				615-UF MG				616-UF MG			
617-UF MG				618-UF MG				619-UF MG			
620-UF MG				621-UF MG				622-UF MG			
623-UF MG				624-UF MG				625-UF MG			



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/9/11 01/2 01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8007884		7-Data Validade da Senha 12/7/01 11/2 11		407775 INTERCÂMBIO	
8-Número de Carteira 00020253028410000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número de Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JANAINA REGINA DE SOUSA		17/09/1986		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano JANAINA REGINA DE SOUSA					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES		18-Número no CRO 5460		19-UF MG		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11774481141649		22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES		23-Número no CRO 5460		24-UF MG		25-Código CMES			
26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES				27-Número no CRO 5460		28-UF MG		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régulo		34-Face		35-Cid	
1-00182000875				EXODONTIA SIMPLES DE		37		1		7300	
2-11111111111										0111120	
3-11111111111										11111111111	
4-11111111111										11111111111	
5-11111111111										11111111111	
6-11111111111										11111111111	
7-11111111111										11111111111	
8-11111111111										11111111111	
9-11111111111										11111111111	
10-11111111111										11111111111	
11-11111111111										11111111111	
12-11111111111										11111111111	
13-11111111111										11111111111	
14-11111111111										11111111111	
15-11111111111										11111111111	
43-Data Previsto Término do Tratamento 05/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 173,00		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 contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Carimbo da Empresa

20722



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



407423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 10:11:20	4-Data de Autorização 10/04/11 11:22:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8006150	7-Data Validade da Senha 26/11/11 11:21:11
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00020205302814101000103			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
13-Nome BRENDA LOUISE SOUSA SOARES			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
14-Telefone 14/10/2006			15-Nome do titular do plano JANAINA REGINA DE SOUSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
16-Atendimento a RN JOSE JOAQUIM MENDES			19-UF MG		
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES			24-UF MG		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1171744814649			23-Número no CRO 5460		
26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES			25-Código CBO S 5460		
27-Número no CRO 5460			26-UF MG		
33-Dente/Região			34-Face		
35-Qtd			36-Quantidade US		
37-Valor			38-Franquia/Co-participação R\$		
39-Aut			40-Data de Realização		
41-Medico da Glosa 42-Assinatura			43-Total Franquia / Co-participação R\$		
30-Tabela			31-Código do Procedimento		
32-Descrição			33-Quantidade US		
1-0018100030			CONSULTA ODONTOLÓGICA		
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 Previsão Término do Tratamento 12/08/11 10:11:20			44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		
45-Valor de Faturamento 34100			46-Total Quantidade US 34100		
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, acordo 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) des(s)crita(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

Assinatura local e Assinatura da Operadora
28/11/10 11:20

Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/10/120

Assinatura da Empresa
28/10/120

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

408891
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3/0/1/1 0/1/2 0/1	4-Data de Autorização 0/5/1/1 1/1/2 0/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8012706	7-Data Validade da Senha 2/8/1/0 1/1/2 1/1
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0/0/2 0/2 5/3 1/9 4/7 6/0 0/0 0/0 1/0 2/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / / / /
13-Nome PAULO EDUARDO RAMOS CUNHA			15-Nome do titular do plano JANETE DO SOCORRO RAMOS DA SILVA		
14-Telefone () / / / / / /			16-Atendimento a RN N		
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES			18-Número no CRO 5460		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1/7/7 4/4 8/1 4/6 4/9			23-Número no CRO 5460		
26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES			27-Número no CRO 5460		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rolagem	34-Face	35-Cid
1-1 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	7 3 1 0 0	0 1 0 0
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 Previsão Término do Tratamento 05/11/11/20		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-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		47-Valor Total R\$ 7 3 1 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 1 0 0	

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
05/11/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
05/11/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/11/11/20 + Janete

53-Data, local e Carimbo da Empresa
05/11/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

39-Aut

38-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

36-Quantidade US

35-Cid

34-Face

33-Dentista/Rolagem

32-Descrição

31-Código do Procedimento

30-Tabola



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



419492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/16/11 11/12/10	4-Data de Autorização 11/19/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8055575	7-Data Validade da Senha 11/14/10 11/12/11
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 000202532532560200000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
11-Data Validade da Carteira	11-Data Validade da Carteira		11-Data Validade da Carteira		
13-Nome WARLEI LUIZ FERREIRA	14-Telefone		15-Nome do titular do plano JANAINA ALMEIDA DE AMARAL		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117744814649			22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES		
26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES			27-Número no CRO 5460		
28-Número no CRO 5460			29-Código CBO S 5460		
30-Tabola			31-Código do Procedimento		
32-Descrição			33-Dente/Rogão		
34-Face			35-Clid		
36-Quantidade US			37-Valor		
38-Franquia/Co-participação R\$			39-Aut		
40-Data de Realização			41-Motivo da Glosa		
42-Assinatura			43-Data Previsão 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		

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), 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.

53-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante



424187

2 - Nº Guia no Prestador

3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		4 2 4 1 8 7	
6 - Nome do Contratado		7 - Nome do Contratado		8 - Nome do Contratado	
JOSE JOAQUIM MENDES		JOSE JOAQUIM MENDES		JOSE JOAQUIM MENDES	
9 - Número do Protocolo		10 - Código da Guia do Protocolo		11 - Justificativa	
2 1 0 4 7 2 1 3 0 0 1 2 3				Código correto 82000875	
12 -		13 -		14 -	
15 -		16 - Beneficiário		17 -	
18 -		RECURSO DE		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 -	

27 - Código da Guia

26 - Descrição do Procedimento

25 - Procedimento Item Assistencial

24 - Tabela

23 - Quantidade

22 - Faixa

21 - Dente/Régua

20 - Data de Realização do Procedimento

19 - Justificativa do Recurso

18 - Valor Recusado

17 - Valor Acreditado

16 - Valor Acreditado

15 - Valor Acreditado

14 - Valor Acreditado

13 - Valor Acreditado

12 - Valor Acreditado

11 - Valor Acreditado

10 - Valor Acreditado

9 - Valor Acreditado

8 - Valor Acreditado

7 - Valor Acreditado

REMOÇÃO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS

2 1 0 4 7 2 1 3 0 0 1 2 3

2 1 0 4 7 2 1 3 0 0 1 2 3

2 1 0 4 7 2 1 3 0 0 1 2 3

2 - Valor Total Recusado (R\$)

33 - Valor Total Acreditado (R\$)

4 - Data do Recurso

35 - Assinatura do Prestador

36 - Data de Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

20.472.213/0001-72
JUDEN CLINICA DENTARIA LTDA
Av. Afonso Pena, 748 - Conj. 100
8 Centro - CEP 30130-000
Tel.: 3207-5500

2-N^o

tranquidade para você sentir

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

1. The first part of the text discusses the importance of understanding the context of a document. It emphasizes that context is crucial for interpreting the meaning of the text and for identifying the author's purpose. The text also mentions that context can help in identifying the audience and the subject of the document.

5. Data local e Assinatura do Circunscritante

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

5.3. Data local e Carimbo da Empresa