

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

CRO: 102997/SP

Cirurgião Dentista (15774) - GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS

Operadora de Atendimento:		25 - DENTAL UNI				
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop	Total
336763 - I	ROSANA DE JESUS SILVA (00202524399200000101)		09/07/2020	210	0.3	R\$ 63,00
339424 - I	MARCIO SANTOS RIGOR (00202510550600691801)		15/07/2020	1066	0.3	R\$ 319,80
340123 - I	HELDER MAUCH (00202526469500000101)		16/07/2020	144	0.3	R\$ 43,20
340149 - I	CATARINA KERTIS ALVES DE VICENTE (00202507366700574903)		16/07/2020	183	0.3	R\$ 54,90
340159 - I	CATARINA KERTIS ALVES DE VICENTE (00202507366700574903)		16/07/2020	178	0.3	R\$ 53,40
Totalizador por Operadora						
					Nº de USOs	1781
					Nº de atendimentos	5
					Valor	R\$ 534,30
Totalizador						
					Nº de USOs	1781
					Nº de atendimentos	5
					Valor	R\$ 534,30

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: 29/08/2020 11:54

Página 1 de 1



336763
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/07/20	4-Data de Autorização 17/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7693679	7-Data Validade da Senha 07/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202524399200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSANA DE JESUS SILVA			14-Telefone (11) 6569-1552	15-Nome do titular do plano ROSANA DE JESUS SILVA	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS						18-Número no CRO 102997		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851						22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS						23-Número no CRO 102997		24-UF SP		25-Código CNEB Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS						27-Número no CRO 102997		28-UF SP		29-Código CBO S							

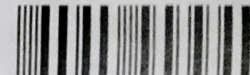
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	29/07/2020	
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMD	1	122,00	0,00		S	29/07/2020	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 210,00	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 29/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



339424
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2017	4-Data de Autorização 21/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7706087	7-Data Validade da Senha 13/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		3-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550600691801		13-Nome MARCIO SANTOS RIGOR		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCIO SANTOS RIGOR		11/12/1979	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		18-Número no CRO 102997		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		21-Código na Operadora CNPJ / CPF 35709746851		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		23-Número no CRO 102997		24-UF SP		25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-17	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		27-Número no CRO 102997		28-UF SP		29-Código CBO S		26-Código CNES (IF) 85200158-17			

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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17	1	5	33,00	0,00		S	21/10/2017	20202020	R. Chaves
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16	1	5	33,00	0,00		S	21/10/2017	20202020	R. Chaves
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 1066,00	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 21/10/2017 G. Chaves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2017 G. Chaves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2017 Marcio Santos Rigor	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



340123
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 30/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7709172	7-Data Validade da Senha 14/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252646950000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HELDER MAUCH		14-Telefone 10/12/1987	15-Nome do titular do plano HELDER MAUCH		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	18-Número no CRO 102997	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	23-Número no CRO 102997	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		27-Número no CRO 102997	28-UF SP	29-Código CBO S	

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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/07/2012		Helder
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/07/2012		Helder
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/07/2012		Helder
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/07/2012		Helder
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 14,00	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 30/10/2012 <i>Gabriela</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 30/10/2012 <i>Gabriela E. Campos</i> CROSP 102997	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 30/10/2012 <i>Helder Mauch</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



340149
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data de Autorização 12/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7709286	7-Data Validade da Senha 14/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507366700574903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CATARINA KERTIS ALVES DE VICENTE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADEMIR DE VICENTE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	18-Número no CRO 102997	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	23-Número no CRO 102997	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		27-Número no CRO 102997	28-UF SP	29-Código CBO S	

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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00	S	12/08/2012			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00	S	12/08/2012			
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	S	12/08/2012			
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 183,00	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 12/08/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2011	4-Data de Autorização 12/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7709421	7-Data Validade da Senha 14/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

340159
INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
6-Número da Carteira 00202507366700574903					
13-Nome CATARINA KERTIS ALVES DE VICENTE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADEMIR DE VICENTE		
		06/04/1966			

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	18-Número no CRO 102997	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	23-Número no CRO 102997	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		27-Número no CRO 102997	28-UF SP	29-Código CBO S		

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-Data de Realização	41-Motivo da Cliqua	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/08/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/08/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/08/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/08/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/08/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 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 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 14/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 14/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--