

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/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
355369 - I	CATARINA KERTIS ALVES DE VICENTE (00202507366700574903)		12/08/2020	244	0.3	R\$ 73,20
368768 - I	MYRELA SANTANA PIRES (00202524963200000101)		02/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40
Totalizador por Operadora						
					N° de USOs:	422
					N° de atendimentos:	2
					Valor:	R\$ 126,60
Totalizador						
					N° de USOs:	422
					N° de atendimentos:	2
					Valor:	R\$ 126,60

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 09:49

Página 1 de 1



355369
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/20	4-Data de Autorização 30/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7780888	7-Data Validade da Senha 10/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020250736700574903		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 06/04/1966	15-Nome do titular do plano ADEMIR DE VICENTE		

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	11	V	1	61,00	0,00	S 29/09/20				
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00	S 29/09/20				
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	S 29/09/20				
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00	S 29/09/20				
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 244,00	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 imagens analisadas	
-------------------------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



368768
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/2012	4-Data de Autorização 03/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7843034	7-Data Validade da Senha 01/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252496320000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MYRELA SANTANA PIRES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MYRELA SANTANA PIRES	
02/08/1996					
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					

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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/09/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/09/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/09/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/09/2012		
5	00811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/09/2012		
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 03/09/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 03/09/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 03/09/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--