

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Razão Social: EMSCHAFER ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 10606276000171 (INTELIDENTE ODONTOLOGIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 55391/SP

Cirurgião Dentista: (15885) - ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
389451 - I	JANAINA APARECIDA GONCALVES ALTEGIBES (00202531726400000101)		05/10/2020	393	0.4	R\$ 157,20
389485 - I	VICTORYA CONCEICAO LIMA (00202526915800000102)		05/10/2020	178	0.4	R\$ 71,20

Totalizador					
Nº de USOs:					571
Nº de atendimentos:					2
Valor:					R\$ 228,40

Totalizador da Operadora					
Nº de USOs:					571
Nº de atendimentos:					2
Valor:					R\$ 228,40

Totalizador da Clínica					
Nº de USOs:					571
Nº de atendimentos:					2
Valor:					R\$ 228,40

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: 30/10/2020 15:53

Página 1 de 1



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/05/11 01/02/01 4-Data de Autorização 11/01/11 01/12/01 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7931878 7-Data Validade da Guia 10/03/11 01/12/11

389451
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 15/03/11 17/02/04 01/01/01 01/10/11 9-Situação POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JANAINA APARECIDA GONCALVES ALTEGIBES 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JANAINA APARECIDA GONCALVES ALTEGIBES 16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12/507704268001 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S 30-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- Monto da Grossa	42- Assinatura
1- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	16 1 1 0 0 1 0	0 1 0 1 0			29/OUT/2020		
2- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	16 1 1 0 0 1 0	0 1 0 1 0			29/OUT/2020		
3- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	16 1 1 0 0 1 0	0 1 0 1 0			29/OUT/2020		
4- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	16 1 1 0 0 1 0	0 1 0 1 0			29/OUT/2020		
5- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	16 1 1 0 0 1 0	0 1 0 1 0			29/OUT/2020		
6- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	21	MP	1	8 8 1 0 0 1 0	0 1 0 1 0			29/OUT/2020		
7- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
8- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
9- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
10- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
11- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
12- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
13- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
14- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
15- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/OUT/2020 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 3 9 3 0 0 47-Valor Total R\$ 10 10 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/OUT/2020 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/OUT/2020 52-Data local e Assinatura do Médico Responsável 29/OUT/2020 53-Data local e Assinatura do Responsável 29/OUT/2020

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

Cap. 10.000.000.000.000

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1- Registro ANS 406414

3- Data de Emissão da Guia 10/5/11 10/12/11

4- Data de Autorização 10/6/11 10/12/11

5- Senha AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal 7931930

7- Data Válida da Senha 10/3/11 10/12/11

389485
INTERCÂMBIO

10-Numero da Carteira 10 0 0 2 0 2 5 2 6 9 1 5 8 0 0 0 0 0 1 0 2	11-Plano POS REDE PRESTADORA	12-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	13-Data Validade da Carteira / /	14-Numero do Cartão Nacional de Saúde
15-Nome VICTORYA CONCEICAO LIMA	16/01/2001	17-Telefone ()	18-Nome do titular do plano ROSELITA CONCEICAO	

15-Abreviamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		18-Número no CNIO 55391		19-Uf SP		20-Código CBO S	
21-Código na Operação I CNPJ / CPF 251070426800111		22-Nome do Contribuinte Emissão ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		23-Número no CNIO 55391		24-Uf SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Emissor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER				27-Número no CNIO 55391		28-Uf SP		29-Código CBO S	

Faturar Empresa 025 -

32-33-34	35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000	32-33-34	35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-11
----------	---	----------	---

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 necessários em caráter definitivo. 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.

Empenho: Ocorrência

51-Data local Assessorato 08/07/2020	52-Data local e Assessorato di Consiglio Denuncia 08/07/2020	53-Data local e Assessorato di Benificario / Responsabili 08/07/2020
---	---	---


 Presidente

istia

2- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

08 Oct. 2020

Sto de Suro