

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: ROBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DE BRASILIA LTDA

CNPJ: 32910853000157 (FENELON DIAG ODONTOLOGICOS POR IMAGEM ASA NORTE)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17603) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
469662 - I	JULLYA SCHMITZ (00202530724200000103)		04/02/2021	56	0.71	R\$ 39,76
505652 - I	LARRY MARCOS FELIZARDO (00202535909600000103)		22/03/2021	222	0.54	R\$ 119,88

Totalizador						
N° de USOs:						278
N° de atendimentos:						2
Valor:						R\$ 159,64

Totalizador da Operadora						
N° de USOs:						278
N° de atendimentos:						2
Valor:						R\$ 159,64

Totalizador da Clínica						
N° de USOs:						278
N° de atendimentos:						2
Valor:						R\$ 159,64

Robras Radiologia Odontologica de Brasília Ltda
CNPJ 32 910 853/0001 - 57

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: 27/04/2021 09:43

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/21	4-Data de Autorização 06/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8266956	7-Data Validade da Senha 05/05/21	469662 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Número da Carteira 002025307242000000103	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULLYA SCHMITZ		14-Telefone () 91584240		15-Data Validade da Carteira / /		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	03/04/2021		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	03/04/2021		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	03/04/2021		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	03/04/2021		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Prescrição do Tratamento 03/04/2021	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 39,76	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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

50-Dados, local e Assinatura do Consultor Dentista Solicitante 03/04/2021	51-Dados, local e Assinatura do Consultor Dentista Responsável Dr. Frederico Fenelon CRO 4930 Radiologista	52-Dados, local e Assinatura do Profissional Responsável 03/04/2021 Roselia S. Carvalho	53-Dados, local e Assinatura da Empresa Robres Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ: 32.940.335/0001-57
--	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



505652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/03/21	4-Data de Autorização 24/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8411211	7-Data Validade da Senha 20/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LARRY MARCOS FELIZARDO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARTA BARBOSA DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES		18-Número no CRO 4930		19-UF DF		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930		24-UF DF		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	
28-UF DF		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-	0	0	8	1	0	0	0	2	9	4	LEVANTAMENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/03/21	44-Tipo de Atendimento 12 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\$ 119,88	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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/03/21 Robrás Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ: 32.948.553/0001-57	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--