

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

Razão Social: MARIANA DOVICH MENDES ODONTOLOGIA

CNPJ: 19189248000170 (MARIANA DOVICH MENDES ODONTOLOGIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 102398/SP

Cirurgião Dentista: (16333) - MARIANA DOVICH MENDES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
275492 - I	AMANDA FARIAS DOS SANTOS (00202528275200000101)		22/01/2020	88	0.4	R\$ 35,20
281085 - I	RAILDA NELMA FACETO SIGNORE (00202510550601722301)		01/02/2020	144	0.4	R\$ 57,60
283718 - I	BENEDITO LIMA AQUINO (00202510550600834502)		06/02/2020	122	0.4	R\$ 48,80
286058 - I	RAILDA NELMA FACETO SIGNORE (00202510550601722301)		11/02/2020	122	0.4	R\$ 48,80
286091 - I	DANIELA ALVES DE SOUZA (00202510550601432401)		11/02/2020	524	0.4	R\$ 209,60

Totalizador

N° de USOs: 1000
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 400,00

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 1000
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 400,00

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 1000
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 400,00

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: 29/04/2020 10:14

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249

275492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2011	4-Data de Autorização 22/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7339957	7-Data Validade da Senha 22/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202528275200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome AMANDA FARIAS DOS SANTOS		14-Telefone (11) 4277-7195	15-Data de Nascimento 30/08/1987		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcance de RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 3687286810	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	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
1	00185110102010	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OD	1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Franquia/Co-participação R\$					
37-Valor					
38-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo de Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Prevista 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\$					
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 contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
MARIANA DOVICH MENDES					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

281085
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 01/10/2012 4-Data de Autorização 04/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7369217 7-Data Validade da Senha 01/10/2012

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 01020251105506017223011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAILDA NELMA FACETO SIGNORE 30/12/1949 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano RAILDA NELMA FACETO SIGNORE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES 18-Número no CRO 102398 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3687286810 22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES 23-Número no CRO 102398 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES 27-Número no CRO 102398 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 Class	42-Assinatura
1-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			20/10/2012		
2-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			20/10/2012		
3-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			20/10/2012		
4-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			20/10/2012		
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 144,00 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(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 MARIANA DOVICH MENDES

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2012 SP 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012 SP 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012 SP 53-Data, local e Carimbo de Empresa ODONTOLOGIA SP CNPJ: 19.189.248/0001-70



F

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN

283718
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2012	4-Data de Autorização 10/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7385426	7-Data Validade da Senna 10/06/2015								
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 1002025110550600834502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome BENEDITO LIMA AQUINO		14-Telefone 06/12/2001 (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARIA SIMONE LAMEIRA LIMA										
Dados do Contrato do Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 316872861011	22-Nome do Contratado Erecutante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218									
26-Nome do Profissional Erecutante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	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	
1-1008511002118		RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODL	1	12200	0,00			21/09/2012			
2-1111111111													
3-1111111111													
4-1111111111													
5-1111111111													
6-1111111111													
7-1111111111													
8-1111111111													
9-1111111111													
10-1111111111													
11-1111111111													
12-1111111111													
13-1111111111													
14-1111111111													
15-1111111111													
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11						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 12200		47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
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													
MARIANA DOVICH MENDES													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2012 SP				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012 SP				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012 SP				53-Data, local e Carimbo da Empresa ODONTOLOGIA CNPJ: 19.189.248/0001-70	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

286058
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2021	4-Data de Autorização 11/11/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7397936	7-Data Validade da Sema 11/11/2021							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0102021511051060117223101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome RAILDA NELMA FACETO SIGNORE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAILDA NELMA FACETO SIGNORE									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31618172181618101	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX () 85100226							
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	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
1-010181511010216		RESTAURAÇÃO RESINA	36	MODV	1	122100	0,00			20/11/2021		
2-												
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 122100		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												
MARIANA DOVICH MENDES ODONTOLOGIA												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2021 SP			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2021 SP			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2021 SP			53-Data, local e Cópia da Empresa 12/11/2021 SP			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-*

286091
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7398032	7-Data Validade da Senha 11/10/2012												
Dados do Beneficiário																	
8-Número da Carteira 00020251105506014324011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome DANIELA ALVES DE SOUZA		14-Telefone 22/11/1982 () - - - - -	15-Nome do titular do plano DANIELA ALVES DE SOUZA														
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 368728161810	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-34 (I) 85100218												
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	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	00085200106	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	34		1	258,00	0,00			17/10/2012		Daniela					
2	00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	MOD	1	22,00	0,00			17/10/2012		Daniela					
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/10/2012		Daniela					
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/10/2012		Daniela					
5	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/10/2012		Daniela					
6	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/10/2012		Daniela					
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
43-Data Previsto 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 524,00	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 A restauração da 34 que estava com resina feita pois o dente foi aberto para o tratamento endodôntico.				
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/2012 SP			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2012 SP			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2012 Daniela			53-Data, local e Carimbo de Empresa 17/10/2012 ODONTOLOGIA								

CNPJ: 19.189.248/0001-70