

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: JULHO/2020

Razão Social: ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA - ME
CNPJ: 05077770000156 (ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA - ME)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 63267/SP Cirurgião Dentista: (1231) - REBECA DE PAULA DE SOUZA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
306250 - I	CARLOS EDUARDO SILVA GUERREIRO (00202510550600404003)		14/04/2020	183	0.32	R\$ 58,56
320010 - I	LUANA PINHEIRO CAVALCANTE (00202530233100000101)		03/06/2020	266	0.32	R\$ 85,12
327710 - I	LUANA PINHEIRO CAVALCANTE (00202530233100000101)		22/06/2020	122	0.32	R\$ 39,04

Totalizador					
N° de USOs:					571
N° de atendimentos:					3
Valor:					R\$ 182,72

Totalizador da Operadora					
N° de USOs:					571
N° de atendimentos:					3
Valor:					R\$ 182,72

Totalizador da Clínica					
N° de USOs:					571
N° de atendimentos:					3
Valor:					R\$ 182,72

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: 01/07/2020 12:44

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

327710
INTERCAMBIO

1-Registro ANP 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2016	4-Data de Autorização 12/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7649004	7-Data Validada da Senha 12/10/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020202530233100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA PINHEIRO CAVALCANTE	14-Telefone () - / -	15-Nome do Titular do plano LUANA PINHEIRO CAVALCANTE		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA - ME	18-Número na CRO 63267	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25929266824	22-Nome do Contratado / Executante REBECA DE PAULA DE SOUZA	23-Número na CRO 63267	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REBECA DE PAULA DE SOUZA	27-Número na CRO 63267	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	48	O	1	61,00	0,00		S	29/06/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	29/06/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Período Sessão do Tratamento 29/06/20	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 122,00	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 Profissional Solicitante 29/06/2020 CROSP: 98.843	51-Data, local e Assinatura do Contratado / Executante 29/06/2020 CROSP: 98.843	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/2020 Luana	53-Data, local e Carimbo da Empresa ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA
--	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

320010
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7610680	7-Data Validade da Senha 01/10/2012
8-Número da Carteira 0002025302331000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA PINHEIRO CAVALCANTE		14-Telefone 13/11/1990	15-Nome do titular do plano LUANA PINHEIRO CAVALCANTE		
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA - ME		18-Número no CRO 63267	19-UF SP	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25929226824		22-Nome do Contratado Executante REBECA DE PAULA DE SOUZA		23-Número no CRO 63267	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante REBECA DE PAULA DE SOUZA		27-Número no CRO 63267		28-UF SP	29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

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	03/06/20		Luana
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/06/20		Luana
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/06/20		Luana
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/06/20		Luana
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	08/06/20		Luana
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	08/06/20		Luana
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/06/20	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 266,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/06/20 Luana CRSP: 98.943	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/06/20 Luana CRSP: 98.943	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/06/20 Luana	53-Data, local e Carimbo da Empresa ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

306250
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/2012	4-Data de Autorização 29/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7510657	7-Data Validade da Senha 13/07/2012
8-Número da Carteira 010202021510506004040003		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS EDUARDO SILVA GUERREIRO		14-Telefone 1219713363	15-Nome do titular do plano ANDERSON GUERREIRO PAZINI		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA - ME		18-Número no CRO 63267	19-UF SP	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 251929266824		22-Nome do Contratado Excutante REBECA DE PAULA DE SOUZA	23-Número no CRO 63267	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excutante REBECA DE PAULA DE SOUZA		27-Número no CRO 63267	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-Matéria de Gesso	42-Resposta
1	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	29/06/2012		X
2	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	29/06/2012		X
3	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	29/06/2012		X
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/06/2012	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 no 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 29/06/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/2012	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 29/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

ORTOVIN ODONTOLOGIA LTDA