

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

Razão Social: SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI

CNPJ: 16852455000175 (SBCO CLINICA INTEGRADA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 11704/DF

Cirurgião Dentista: (14673) - THIAGO SOARES DE JESUS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Alos	Vlr USO Coop.	Total
325598 - I	TATIANE TOMAZ CANTUARIA (00202507811900182101)		17/06/2020	61	0.4	R\$ 24,40
341942 - I	LUANA KEYTE BARBOSA DE PINHO (00202530617800000101)		20/07/2020	178	0.4	R\$ 71,20
344090 - I	JOSE DOS SANTOS CRUZ (00202530776200000101)		22/07/2020	178	0.4	R\$ 71,20
344098 - I	TATIANA BARBOSA DA SILVA (00202530776200000102)		22/07/2020	178	0.4	R\$ 71,20
344579 - I	ANA CAROLINA BARBOSA DE PINHO (00202529333800000102)		23/07/2020	533	0.4	R\$ 213,20
345796 - I	EDSON DA SILVA SOUZA FONSECA (00202528051000000102)		25/07/2020	73	0.4	R\$ 29,20
346887 - I	VALDELINA FRANCA TAVARES (00202530365500000101)		28/07/2020	178	0.4	R\$ 71,20
353019 - I	TATIANA BARBOSA DA SILVA (00202530776200000102)		07/08/2020	122	0.4	R\$ 48,80
353594 - I	MAURO SERGIO CANTUARIA CARMO (00202507811900182103)		08/08/2020	183	0.4	R\$ 73,20
359740 - I	FRANCISCO DAS CHAGAS RIOS DA SILVA (00202530768600000102)		19/08/2020	178	0.4	R\$ 71,20
365192 - I	PATRICIA SOUZA DIAS (00202527841700000101)		27/08/2020	178	0.4	R\$ 71,20
366030 - I	LUANA KEYTE BARBOSA DE PINHO (00202530617800000101)		28/08/2020	73	0.4	R\$ 29,20
376247 - I	VALDELINA FRANCA TAVARES (00202530365500000101)		16/09/2020	146	0.4	R\$ 58,40
376326 - I	VALDELINA FRANCA TAVARES (00202530365500000101)		16/09/2020	122	0.4	R\$ 48,80

Totalizador

N° de USOs: 2381
N° de atendimentos: 14
Valor: R\$ 952,40

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 2381
N° de atendimentos: 14
Valor: R\$ 952,40

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 2381
N° de atendimentos: 14
Valor: R\$ 952,40

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: 01/10/2020 14:19

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

12/07/2018

4-Data de Autorização

10/03/2019

5-Serha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7828546

7-Data Validade da Serha

12/05/2021

365192
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

000202

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Data de Autorização

10/03/2019

11-Data Validade da Carteira

12/05/2021

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

12011111201

13-Nome

PATRICIA SOUZA DIAS

14-Telefone

(11) 11111111

15-Nome do titular do plano

PATRICIA SOUZA DIAS

16-Atendimento a RN

025 - Faturar Empresa

17-Nome do Profissional Solicitante

THIAGO SOARES DE JESUS

18-Número no CRO

11704

19-UF

DF

20-Código CBO S

11704

21-Código na Operadora / CNP / CPF

003191639103151511

22-Nome do Contratado Executante

THIAGO SOARES DE JESUS

23-Número no CRO

11704

24-UF

DF

25-Código CNES

11704

26-Nome do Profissional Executante

THIAGO SOARES DE JESUS

27-Número no CRO

11704

28-UF

DF

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Odd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia

42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Total Quantidades US

48-Valor Total R\$

49-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

SBCO CLÍNICA INTEGRADA EIRELI
CNPJ: 18.852.455/0001-75



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



Tratamento para a rede geral

1-Registro ANS 436414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2020	4-Data de Autorização 12/09/2020	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7875618	7-Data Validade da Sinha 15/11/2020	376326 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Nome da Carteira 0020253036550000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALDELINA FRANCA TAVARES						
14-Telefone () / /						
15-Nome do titular do plano VALDELINA FRANCA TAVARES						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome e do Profissional Solicitante THIAGO SOARES DE JESUS		18-Número no CRC 11704	19-UF DF	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa Enviar - RX (0) 65100218
21-Código na Operadora / CNPJ / C-IF 03191631903155						
22-Nome do Contratado Executante THIAGO SOARES DE JESUS						
23-Número no CRC 11704						
24-UF DF						
25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante THIAGO SOARES DE JESUS						
27-Número no CRC 11704						
28-UF DF						
29-Código CBO S						
30-Tabella						
31-Código do Procedimento						
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA						
33-Dente/Rajão 26						
34-Face ODM						
35-Qtd 1						
36-Quantidade US 4880						
37-Valor 4880						
38-Franchise/Co-participação R\$						
39-Aut S						
40-Data de Realização 16/09/2020						
41-Motivo da Class 42-Assinatura						
42-Data Prevista Término de Tratamento						
43-Tipo de Atendimento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidades US						
47-Valor Total R\$						
48-Total Franchise / 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 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 Operador 30 SET/2020	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/2020	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 30 SET/2020
--	---	---

53-Data, local e Assinatura da Empresa
30 SET/2020

54-Data, local e Assinatura do Dentista Solicitante
30 SET/2020



2-N°

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/2018		4-Data de Autorização 10/11/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7830654		7-Data Validade da Senha 26/11/2019		366030 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
13-Nome LUANA KEYTE BARBOSA DE PINHO													
13-Data de Nascimento 30/05/1999													
13-Endereço POS REDE PRESTADORA													
13-Telefone () - - - - -													
13-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA													
11-Data Validade de Carteira / /													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Identificação a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante THIAGO SOARES DE JESUS													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03963903155													
22-Nome do Contratado Executante THIAGO SOARES DE JESUS													
23-Número no CRQ 11704													
24-UF DF													
25-Código CNES													
26-Nome do Profissional Executante THIAGO SOARES DE JESUS													
27-Número no CRQ 11704													
28-UF DF													
29-Código CBO S													
30-Código CBO S													
Faturar Empresa													
025 -													
31-Código do Procedimento													
32-Descrição													
33-Dente/Região													
34-Face													
35-Odd													
36-Quantidade US													
37-Valor													
38-Franquia/Co-participação R\$													
39-Aut													
40-Data de Realização													
41-Motivo da 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), 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 contratuais do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

550-Data, Locazione Assistenza Medica, Medico-Dentista, Sollecitante

51-Data de emissão 30/09/2010 10:00:00

552-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Datadog e Samba 2009

2013

30 SEP 2020

78/08/20

0707-1751

23

3333

OGG

CNPJ: 16.852

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

376247
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019	4-Data de Autorização 12/09/2019	5-Status AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7875253	7-Data Validade da Sanha 11/12/2019
8-Plano POS REDE PRESTADORA					
9-Nome VALDELINA FRANCA TAVARES					
10-Data de Nascimento 03/09/1961					
11-Data Validade da Carteira					
12-Número de Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome VALDELINA FRANCA TAVARES					
14-Telefone					
15-Endereço do Titular do plano VALDELINA FRANCA TAVARES					
16-Atendimento a RN					
17-Nome do Profissional Solicitante THIAGO SOARES DE JESUS					
18-Número na CRO 11704					
19-UF DF					
20-Código CBO S					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03191639031151					
22-Nome do Controlado Executante THIAGO SOARES DE JESUS					
23-Número na CRO 11704					
24-UF DF					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante THIAGO SOARES DE JESUS					
27-Número na CRO 11704					
28-UF DF					
29-Código CBO S					
30-Tabella					
31-Código do Procedimento					
32-Descrição					
33-Dente/Região					
34-Faixa					
35-Qtd					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franchise/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo de Glória 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 Franchise / Co-participação R\$					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI
CNPJ: 16.852.455/0001-75