

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: DIGIDOC RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 01258895000121 (FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4839/DF

Cirurgião Dentista: (16346) - MAURICIO BARRIVIERA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
368292 - I	CAMILA PALATUCCI ARANTES (00202529673400000101)		02/09/2020	222	0.54	R\$ 119,88
368294 - I	LUIZ CLAUDIO DE OLIVEIRA FRANCAZ (00202529673400000102)		02/09/2020	222	0.54	R\$ 119,88
415351 - I	SARA MELLO BORGES RIBEIRO (00202530876000000104)		10/11/2020	381	0.4	R\$ 152,40
415351 - I	SARA MELLO BORGES RIBEIRO (00202530876000000104)		10/11/2020	56	0.71	R\$ 39,76
422125 - I	CLEONICE ALVES DE JESUS (00202532861600000103)		18/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
422125 - I	CLEONICE ALVES DE JESUS (00202532861600000103)		18/11/2020	56	0.71	R\$ 39,76
423764 - I	JANSEN ATAIDES BARROS (00202532840100000101)		20/11/2020	14	0.71	R\$ 9,94
428452 - I	JOSE DE SOUSA DOMINGOS (00202533611200000101)		26/11/2020	222	0.54	R\$ 119,88
428454 - I	MARCELINA MAIA PRUDENCIO (00202533611200000102)		26/11/2020	222	0.54	R\$ 119,88

Totalizador

N° de USOs: 1473
N° de atendimentos: 7
Valor: R\$ 766,62

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 1473
N° de atendimentos: 7
Valor: R\$ 766,62

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 4839/DF

Cirurgião Dentista: (16346) - MAURICIO BARRIVIERA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
413917 - I	MARIA DE LOURDES BORGES DOS SA (00379994061899965)		06/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
413921 - I	IARA BORGES DOS SANTOS (00379994061899973)		06/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

N° de USOs: 156
N° de atendimentos: 2
Valor: R\$ 90,48

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 156
N° de atendimentos: 2
Valor: R\$ 90,48

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17602) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
431903 - I	VITORIA DA SILVA FERREIRA (00202533469700000101)		01/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
431903 - I	VITORIA DA SILVA FERREIRA (00202533469700000101)		01/12/2020	42	0.71	R\$ 29,82

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: 29/12/2020 09:31

Página 1 de 2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



413921
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204492	7-Data Validade da Senha 04/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994061899973	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705209448076677	
13-Nome IARA BORGES DOS SANTOS		14-Telefone 20/05/1951	15-Nome do titular do plano IARA BORGES DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4839	19-UF DF	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95800794987	22-Nome do Contratado Executante MAURICIO BARRIVIERA	23-Número no CRO 4839	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAURICIO BARRIVIERA	27-Número no CRO 4839	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/12/20		Dr. Frederico
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/12/20	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,26	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 02/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20 Dr. Frederico	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20 Iara Borges dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/12/20
---	---	--	---

Digido Radiologia Odontológica
CNPJ: 01.258.895/0001-21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



413917
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204491	7-Data Validade da Senha 04/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061899965	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702502368830932
13-Nome MARIA DE LOURDES BORGES DOS SA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES BORGES DOS SA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4839	19-UF DF	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95800794987	22-Nome do Contratado Executante MAURICIO BARRIVIERA	23-Número no CRO 4839	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MAURICIO BARRIVIERA		27-Número no CRO 4839	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/12/20	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	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 02/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/12/20
---	---	---	---

Dr. Frederico Fenel
CRO 4839-DF
Radiologista

doc Radiologia Odontologica
CNPJ: 01.258.695/0001-21