

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

Razão Social: ODONTOLOGIA ROMANO LTDA. - ME

CNPJ: 22065107000150 (ROMANO ODONTOLOGIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 38242/MG

Cirurgião Dentista (3027) - MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
329679 - I	PAULA OLIVEIRA ROCHA BAHIA (00202521185500189103)		25/06/2020	122	0.4	R\$ 48.80
332347 - I	ELISANGELA MARIA FERREIRA SILVA (00202521185500122302)		01/07/2020	122	0.4	R\$ 48.80
333991 - I	ALINE CRISTINA APARECIDA SILVA PEREIRA (00202521185500112402)		03/07/2020	34	0.4	R\$ 13.60
334485 - I	MARIA FERNANDA SANTOS ALVES (00202521185500007903)		06/07/2020	107	0.4	R\$ 42.80
334629 - I	CRISTIANO SANTOS BAHIA (00202521185500189101)		06/07/2020	34	0.4	R\$ 13.60
334977 - I	CRISTIANO SANTOS BAHIA (00202521185500189101)		06/07/2020	140	0.4	R\$ 56.00
346820 - I	PAULO FELIX DA SILVA NETO (00202521185500197001)		28/07/2020	140	0.4	R\$ 56.00
348166 - I	NILDINHA FERREIRA DA SILVA (00202521185500122602)		29/07/2020	73	0.4	R\$ 29.20
348180 - I	NILDINHA FERREIRA DA SILVA (00202521185500122602)		29/07/2020	122	0.4	R\$ 48.80
351556 - I	CRISTIANO SANTOS BAHIA (00202521185500189101)		05/08/2020	176	0.4	R\$ 70.40
353042 - I	ALESSANDRA DA SILVA TRINDADE (00202521185500016602)		07/08/2020	174	0.4	R\$ 69.60
354327 - I	DOMINGOS DE SOUZA JUNIOR (00202530699400000101)		10/08/2020	34	0.4	R\$ 13.60
354858 - I	ELISANGELA MARIA FERREIRA SILVA (00202521185500122302)		11/08/2020	140	0.4	R\$ 56.00
354919 - I	RAFAELA CRISTINA DA SILVA NEPOMUCENO (00202521185500033302)		11/08/2020	34	0.4	R\$ 13.60
Totalizador						
				Nº de USOs:		1452
				Nº de atendimentos:		14
				Valor:		R\$ 580.80
Totalizador da Operadora						
				Nº de USOs:		1452
				Nº de atendimentos:		14
				Valor:		R\$ 580.80
Totalizador da Clínica						
				Nº de USOs:		1452
				Nº de atendimentos:		14
				Valor:		R\$ 580.80

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: 27/08/2020 14:01



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



329679
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414	2. Data de Emissão da Guia 12/05/2010	3. Data de Autorização 02/10/2010	4. Serviço AUTORIZADO	5. Número da Guia Original 7661185	6. Data Validade da Guia 12/03/2010
---------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

7. Nome do Beneficiário PAULA OLIVEIRA ROCHA BAHIA	8. Nome do Prestador POS REDE PRESTADORA	9. Nome da Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	10. Nome do Fornecedor da Guia CRISTIANO SANTOS BAHIA
---	---	--	--

11. Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 10/07/1992	12. Nome do Profissional Responsável ROMANO ODONTOLOGIA	13. Nome do Contato Responsável MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	14. Nome do Contato Responsável MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO
--	--	--	--

15. Nome do Profissional Responsável MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	16. Nome do Contato Responsável MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	17. Nome do Contato Responsável MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	18. Nome do Contato Responsável MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO
---	--	--	--

19. Tipo de Tratamento / Procedimento Solicitado	20. Descrição	21. Dente	22. Freq.	23. Qtd.	24. Quantidade	25. Valor	26. Faturado	27. Data de Realização	28. Data de Geração
01	RESTAURAÇÃO RESINA	17	VPM	1	1	2	0	0	0
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo a compra de materiais, honorários do profissional, transporte e todos 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 minha satisfação. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta a qualquer profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo a taxa com os custos conforme previsto em contrato.

30. Data local e Assinatura do Contratado (Beneficiário e/ou Responsável)	31. Data local e Assinatura do Contratado (Beneficiário e/ou Responsável)	32. Data local e Assinatura do Contratado (Beneficiário e/ou Responsável)	33. Data local e Assinatura do Contratado (Beneficiário e/ou Responsável)
---	---	---	---

ODONTOLIFE
LDBA-ME
RUA SOUSA VIANA, 172 - Sala 01
Centro - CEP 35.700-000
SITEL LACOAS - BAHIA

332347
INTERCAMBIO

0	0	2	0	2	5	2	1	1	8	5	5	0	0	1	2	2	3	0	2
9 Dígito																			
POS REDE PRESTADORA																			
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA																			
17 Cód. Vendedor da semana																			
17 Cód. Vendedor da semana																			
17 Cód. Vendedor da semana																			

EUSANGELA MARIA FERREIRA SILVA
10/02/1973
(131) [3] [7] [7] [2] [-] [9] [0] [9] [6]
WANDERSON ASSUNCAO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
15 Nome completo do RDC	16 Nome completo do RDC
N	38242
17 Nome do Beneficiário Sim/Não	18 OF
ROMANO ODONTOLOGIA	MG
	20 Valor do B.O.S
	01
Fatura Empresa	

21-Idoema na Operadora / CNPJ / CEP	10789248468000000000											
22- Nome do Contratado Estudante	MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO											
23- Número do CBO	38242											
24-UF	MG											
25-Endereço - INES												
26-UF	MG											
27-Endereço CBO S												
28-UF	MG											
29- Número do CRC	38242											
30- Nome do Profissional Estudante	MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO											

Enviar - RX

Id: 851006218

[illegible]

Rua Sousa Viana, 25
1000-015

LTD. - M.

50) FOMI - Faculdade Católica de Filosofia - Centro - Belo Horizonte - Minas Gerais

Centro - CEPAS - MG

Centro - CEPAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

333991
INTERCÂMBIO

1 Registro ANE	3 Data de Emissão da Carta	4 Tipo de Autorização	5 Status	6 Número da Carta Autorizada	7 Data Validade da Sentença
406414	03/07/2010	1071201	AUTORIZADO	7681759	10/11/2010

0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 1 1 2 4 0 2 R. Número da 1ª entrega	19/04/2019 POS REDE PRESTADORA	10/11/2019 CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11/11/2019 11/11/2019	12/11/2019 12/11/2019
--	-----------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

13-Author ALINE CRISTINA APARECIDA SILVA PEREIRA	17/06/1990	14-Telephone () - - - - -	15-Author ORCID iD link ou photo ALEXANDRE SAVIO SANTOS CORREA
---	------------	-------------------------------	---

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento	
16 Avenida: 1101	17 Nome do Profissional: SARACENA ROMANO ODONTOLOGIA
N	
18 Número do CRO: 38242	19 UF: MG
20 Codigo CRO S: 01	21 Valor Empresa: R\$ 1.250,00

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
21) Código de Identificação / CNPJ / CPF										22) Nome do Contribuinte / Sociedade										23) Número no CNPJ										24) UF										25) Código CNIS																																							
07892484680										MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO										38242										MG																																																	

26 Nome do Professor(a) Beneficiário(a)	27 Número do CBO	28 UF	29 Código CBO 5
MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	38242	MG	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
10 - Descrição	11 - Cód. do Procedimento
32 - Descrição	33 - Dente Implante
34 - Fio	35 - Orla
36 - Quantidade (US)	37 - Valor
38 - Frase para Co-participação R\$	39 - Aut.
40 - Data de Realização	41 - Médico da Guisa 42 - Assinatura

[illegible]

a) Data Processamento e/ou de pagamento 01/01/2017		id. Tipo de Aumento 01		45) Tipo de Faturamento 3400		46) Valor Total R\$ 0,00		47) Total por Grupo / Contraponto R\$ 0,00	
b) Descrição de Funcionalidade e/ou categoria		48) Total Quantidade US\$ 3400							

[illegible]

Pha Soussa Viana, 175
400-00135-700-01

[illegible]

ODONTOLOGIA
LTD.-S.A.
Rua Sousa Vianna, 192 - Sala 1
Tel. 35.700-01



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



334485
INTERCÂMBIO

1. Hospital: AAS 406414 2. Data de Emissão: 22/11/2012 3. Data de Vencimento: 10/12/2012 4. Valor: 1041101201

5. Número da Guia: 406414

6. Nome do Beneficiário: MARIA FERNANDA SANTOS ALVES

7. Nome do Prestador: MARIA FERNANDA SANTOS ALVES

8. Nome do Contratado: ROMANO ODONTOLOGIA

9. Nome do Profissional: MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO

10. Nome da Empresa: CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11. Nome do Local de Atendimento: FERNANDO DE SOUZA ALVES

12. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

13. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

14. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

15. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

16. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

17. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

18. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

19. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

20. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

21. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

22. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

23. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

24. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

25. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

26. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

27. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

28. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

29. Nome do Local de Atendimento: Faturar Empresa

OPONTOLOGIA ROMANO
LTPA-112

PRINCESSA VILA - Sala 01
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



334629 INTERCAMBIO

[illegible][illegible]

ODONTOLOGY

ITDA-Sub

SETE LAGOAS - MG

[illegible]348166
INTERCAMBIO

ODONTOLOGIA ROMANA

EDA-ME

192 - Sala 01

CTP 45-709-01b

SETE LAGOAS - VAG

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente assistido de todos os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de tratamento comprometendo-me a cumprir integralmente todos os procedimentos (s) descritos(s) acima e por mim assumido(s). Indicar o(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional ou prestador de serviço, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar, com os custos conforme previsto em contrato.

Rua Sousa Vianna, 192 - Sala 01
70000-017

CONFIDENTIAL - CTP 35.700-015

DATE LAOON - M

26081120



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.40



351556

INTERCÂMBIO

1. Nome do Paciente	2. Nome do Responsável pelo Tratamento	3. Nome do Autorizador	4. Nome do Beneficiário
406414	ROMANO ODONTOLOGIA	11/11/08	POS REDE PRESTADORA

5. Data de Emissão

0	0	2	0	2	5	2	1	1	8	5	5	0	0	1	8	9	1	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	1	1	1	0	8	1	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	0	2	1	9	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	0	2	1	9	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	0	2	1	9	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	0	2	1	9	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	0	2	1	9	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	0	2	1	9	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	0	2	1	9	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	0	2	1	9	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	0	2	1	9	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---

6. Nome do Paciente	7. Nome do Responsável pelo Tratamento	8. Nome do Autorizador	9. Nome do Beneficiário
CRISTIANO SANTOS BAHIA	ROMANO ODONTOLOGIA	11/11/08	POS REDE PRESTADORA

10. Nome do Paciente	11. Nome do Responsável pelo Tratamento	12. Nome do Autorizador	13. Nome do Beneficiário
CRISTIANO SANTOS BAHIA	ROMANO ODONTOLOGIA	11/11/08	POS REDE PRESTADORA

14. Nome do Paciente	15. Nome do Responsável pelo Tratamento	16. Nome do Autorizador	17. Nome do Beneficiário
MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	ROMANO ODONTOLOGIA	11/11/08	POS REDE PRESTADORA

18. Nome do Paciente	19. Nome do Responsável pelo Tratamento	20. Nome do Autorizador	21. Nome do Beneficiário
MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	ROMANO ODONTOLOGIA	11/11/08	POS REDE PRESTADORA

22. Nome do Paciente	23. Nome do Responsável pelo Tratamento	24. Nome do Autorizador	25. Nome do Beneficiário
MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	ROMANO ODONTOLOGIA	11/11/08	POS REDE PRESTADORA

26. Nome do Paciente	27. Nome do Responsável pelo Tratamento	28. Nome do Autorizador	29. Nome do Beneficiário
MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	ROMANO ODONTOLOGIA	11/11/08	POS REDE PRESTADORA

30. Nome do Paciente	31. Nome do Responsável pelo Tratamento	32. Nome do Autorizador	33. Nome do Beneficiário
MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	ROMANO ODONTOLOGIA	11/11/08	POS REDE PRESTADORA

34. Nome do Paciente	35. Nome do Responsável pelo Tratamento	36. Nome do Autorizador	37. Nome do Beneficiário
MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	ROMANO ODONTOLOGIA	11/11/08	POS REDE PRESTADORA

ODONTOLOGIA

LTDA.-VIA

Rua Sotelo Vianna, 102

CEP 41.080-000

SETE LAGOAS

22 065 107/0001-50

ODONTOLOGIA ROMANO

LTDA.-VIA

Rua Sotelo Vianna, 102

CEP 41.080-000

SETE LAGOAS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



353042

14091987	DANIL O'CEILOPOES DA COSTA
----------	----------------------------

[illegible]

OPONTOLOGIA ROLAND
LBA-100

Nome, Cognome e Indirizzo di provenienza	14/02/20	14/02/20	14/02/20	14/02/20
Nome, Cognome e Indirizzo di provenienza	14/02/20	14/02/20	14/02/20	14/02/20
Nome, Cognome e Indirizzo di provenienza	14/02/20	14/02/20	14/02/20	14/02/20
Nome, Cognome e Indirizzo di provenienza	14/02/20	14/02/20	14/02/20	14/02/20

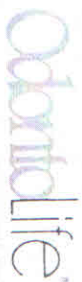
Centro - CEP 35.760-015

ONTOLOGICAL
LTD.A.-ME
103-5000



354858 INTERCATABIO

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4.12



354919

INTERCÂMBIO

1 Registro ANS 406414	3 Data de Fim do Tratamento 11/11/2010	4 Data de Autorização 12/05/2008	5 Sentença AUTORIZADO	6 Número da Guia Beneficiária 7778923	7 Data Validade da Sentença 10/09/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8 Nome do Beneficiário 0020202521185500033302	9 Data de Nascimento 0020202521185500033302	10 Pos Rede Prestadora POS REDE PRESTADORA	11 CNH Inscricao CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	12 Data Validade da Carteira 11/11/2010	13 Número do Cartão Nacional de Saúde 1019111210
--	--	---	--	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

14 Nome RAFAELA CRISTINA DA SILVA NEPOMUCENO	15 Data de Nascimento 05/07/1989	16 CNH Inscricao CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	17 Data Validade da Carteira 11/11/2010	18 Número do Cartão Nacional de Saúde 1019111210
---	-------------------------------------	--	--	---

Dados do Profissional Exercitante

19 Nome do Profissional Exercitante ROMANO ODONTOLOGIA	20 Nome do Contratado Responsável MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	21 Código da Beneficiária / CNPJ / CPF 00781924484680	22 Nome do Profissional Exercitante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	23 Número do CRO 38242	24 UF MG	25 Código CBO S 01	26 UF MG	27 Código CBO S 01	28 UF MG	29 Código CBO S 01
---	--	--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------------	-----------------------	-------------	-----------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30 Tratamento 10081000065	31 Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	32 Dente/Região 11	33 Fim 34 CBO 35 CBO 36 Descrição do US 341010	37 Valor 0,00	38 Fraseologia/Características US S	39 Data de Realização 20/05/2008	40 Assinatura Rafaela	41 Assinatura Rafaela
42 Valor Total 122.065,10	43 Valor Total 122.065,10	44 Valor Total 122.065,10	45 Valor Total 122.065,10	46 Valor Total 122.065,10	47 Valor Total 122.065,10	48 Valor Total 122.065,10	49 Valor Total 122.065,10	50 Valor Total 122.065,10

51 Tipo de Tratamento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Procedimento Cirúrgico/Emergência	52 Tipo de Tratamento 1 - Total 2 - Parcial	53 Valor Total 122.065,10	54 Valor Total 122.065,10	55 Valor Total 122.065,10	56 Valor Total 122.065,10	57 Valor Total 122.065,10	58 Valor Total 122.065,10	59 Valor Total 122.065,10
--	--	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

60 Data Local e Assinatura do Gerente Odontológico 26/11/08/20 J. F. F. F.	61 Data Local e Assinatura do Gerente Odontológico 26/11/08/20 J. F. F. F.	62 Data Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/11/08/20 Rafaela Cristina	63 Data Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/11/08/20 Rafaela Cristina	64 Data Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/11/08/20 Rafaela Cristina	65 Data Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/11/08/20 Rafaela Cristina	66 Data Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/11/08/20 Rafaela Cristina	67 Data Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/11/08/20 Rafaela Cristina	68 Data Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/11/08/20 Rafaela Cristina
---	---	--	--	--	--	--	--	--

Rua Sousa Viana, 192 - Sala 01
Centro - CEP 35.700-015
Lagoa dos Lagos - MG

ODONTOLOGIA ROMANO
LDA. 192 - Sala 01