

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

Razão Social: ROBRAS RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DE BRASÍLIA LTDA

CNPJ: 32910853000157 (FENELON DIAG ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM ASA NORTE)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17603) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
484510 - I	ANA CRISTINA DE ALMEIDA RAMIDOFF (00202526202000015802)		24/02/2021	56	0.71	R\$ 39,76
474745 - I	IURIS MARQUES PAPAANI (00202525867400000102)		11/02/2021	14	0.71	R\$ 9,94
464413 - I	PABLO RAFAEL DO NASCIMENTO TOLENTINO (00202533280800000102)		28/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
464413 - I	PABLO RAFAEL DO NASCIMENTO TOLENTINO (00202533280800000102)		28/01/2021	84	0.71	R\$ 59,64

Totalizador

Nº de USOs: 232
Nº de atendimentos: 3
Valor: R\$ 154,58

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 232
Nº de atendimentos: 3
Valor: R\$ 154,58

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 232
Nº de atendimentos: 3
Valor: R\$ 154,58

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: 25/02/2021 17:43

Página 1 de 1



484510
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2021	4-Data de Autorização 24/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8329567	7-Data Validade da Senha 25/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202526202000015802		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HELISUL TAXI AEREO LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANA CRISTINA DE ALMEIDA RAMIDOFF	14-Telefone 23/08/1972	15-Nome do titular do plano SERGIO RICARDO RAMIDOFF
---	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-RPID
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	24/02/2021		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	24/02/2021		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	24/02/2021		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	24/02/2021		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/02/21	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 56,00	47-Valor Total R\$ 39,76	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 24/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/21 CRM 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21	53-Data, local e Assinatura do Responsável da Operadora 24/02/21
---	---	---	---

Roberto Radiologia Odontológica de Brasília Ltda
CNPJ 13.910.853/0001-57

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



474745
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 13/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290386	7-Data Validade da Senha 12/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202525867400000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IURIS MARQUES PAPAIANI				14-Telefone (161) 9178-9293	15-Nome do titular do plano ELEUZA MARQUES DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930		24-UF DF	25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES				27-Número no CRO 4930		28-UF DF	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	15/02/21		<i>Julia</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/02/21	44-Tipo de Atendimento 2- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 9,94	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/02/21 <i>Dr. Frederico Fenelon</i> Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/02/21 <i>Eleuza Marques dos Santos</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa 15/02/21 Robrás Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ 07.853/000152
--	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



464413
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 2 9 / 0 1 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8244733	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 4 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 2 8 0 8 0 0 0 0 1 0 2				14-Telefone () -				15-Nome do titular do plano ANGELA SONIA VIEIRA DA SILVA	
13-Nome PABLO RAFAEL DO NASCIMENTO TOLENTINO				23/05/1980					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4930		19-UF DF		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930		24-UF DF		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 8 3 3 4 3 3 0 1 2 0		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930		28-UF DF		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES								(I) 81000405 (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RPD	

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-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 , 0 0	0 , 0 0		S	0 3 / 0 2 / 2 1		Pablo Rafael
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	0 3 / 0 2 / 2 1		Pablo Rafael
3-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	0 3 / 0 2 / 2 1		Pablo Rafael
4-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	0 3 / 0 2 / 2 1		Pablo Rafael
5-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	0 3 / 0 2 / 2 1		Pablo Rafael
6-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	0 3 / 0 2 / 2 1		Pablo Rafael
7-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	0 3 / 0 2 / 2 1		Pablo Rafael
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/3/102/121	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 1 6 2 , 0 0	47-Valor Total R\$ 1 0 4 8 8	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	
Dr. Frederico Fenelon	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/102/121 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/102/121 Pablo Rafael	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/3/102/121 Robrás Radiologia Odontológica de Brasília Ltda
--	--	--	---