

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

Razão Social: PRIMER CENTRO ODONTOLOGICO LTDA

CNPJ: 29885079000167 ( ODONTOPRIMER )

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 12931/DF

Cirurgião Dentista: (17251) - POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
362827 - I	ZILRAMAR ALVES DE SOUZA (0020253024040000101 )		24/08/2020	237	0.3	R\$ 71,10
370493 - I	JANDER CARLISON BORGES DOS SANTOS (00202507811900290101 )		04/09/2020	122	0.3	R\$ 36,60

#### Totalizador

Nº de USOs: 359  
Nº de atendimentos: 2  
Valor: R\$ 107,70

#### Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 359  
Nº de atendimentos: 2  
Valor: R\$ 107,70

#### Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 359  
Nº de atendimentos: 2  
Valor: R\$ 107,70

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 18:20

Página 1 de 1



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

362758  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/108/12/01	4-Data de Autorização 11/11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 362758	7-Data Validade da Senha 12/21/111/12/01
--------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

## Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253024040000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome  
**ZILRAMAR ALVES DE SOUZA**

09/08/1978

14-Telefone  
(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano  
**ZILRAMAR ALVES DE SOUZA**

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante <b>POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES</b>	18-Número no CRO 12931	19-UF DF	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1740064361491	22-Nome do Contratado Executante <b>POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES</b>	23-Número no CRO 12931	24-UF DF	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante <b>POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES</b>	27-Número no CRO 12931	28-UF DF	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento 1-0081000030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 3	36-Quantidade US 4,00	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ N 04/08/20	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura Assinatura
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	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 3 4,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Polyanna Guimaraes

CRO 12931-DF

Ortodontia/Edodontia

Dra. Polyanna Guimaraes

CRO 12931-DF

Ortodontia/Edodontia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/108/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/108/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/108/12/01 x31/maio/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11
---	---	---	--



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-11



370493  
INTERCÂMBIO

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) desrito(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

Dra. Polyanna Guimarães  
Cirurgião-Dentista Solicitante  
CRO 12931-DF  
Ortodontia/Endodontia

**Dra. Polyanna Cunhares**  
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
**CRO 12931-DF**  
**Ortodontia/Edodontia**

10 of 10 pages

卷之三