

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 (00202530240400000101)		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						
				N° de USOs:		359
				N° de atendimentos:		2
				Valor:		R\$ 107,70

Totalizador da Operadora						
				N° de USOs:		359
				N° de atendimentos:		2
				Valor:		R\$ 107,70

Totalizador da Clínica						
				N° de USOs:		359
				N° 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 24/08/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 362758	7-Data Validade da Senha 22/11/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530240400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ZILRAMAR ALVES DE SOUZA		14-Telefone 09/08/1978	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 POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES	18-Número no CRO 12931	19-UF DF	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 74006436149	22-Nome do Contratado Executante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES	23-Número no CRO 12931	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES		27-Número no CRO 12931	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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

Dra. Polyanna Guimarães CRO 12931-DF Ortodontia/Edodontia		Dra. Polyanna Guimarães CRO 12931-DF Ortodontia/Edodontia		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/2020 Zilmar A. Souza		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---	--	---	--	---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



370493
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2019	4-Data de Autorização 08/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7850383	7-Data Validade da Senha 03/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202507811900290101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANDER CARLISON BORGES DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JANDER CARLISON BORGES DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES	18-Número no CRO 12931	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 74006436149	22-Nome do Contratado Executante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES	23-Número no CRO 12931	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante POLYANNA VANESSA SOUSA GUIMARAES		27-Número no CRO 12931	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	D	1	61,00	0,00		S	08/10/2019		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	M	1	61,00	0,00		S	08/10/2019		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 08/10/2019 CRO 12931-DF Ortodontia/Endodontia	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2019 CRO 12931-DF Ortodontia/Endodontia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--