

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

CRO: 102997/SP

Cirurgião Dentista: (15774) - GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS

Operadora de Atendimento:		25 - DENTAL UNI				
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
389680 - I	CATARINA KERTIS ALVES DE VICENTE (00202507366700574903)		05/10/2020	61	0.3	R\$ 18,30
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:		61
				Nº de atendimentos:		1
				Valor:		R\$ 18,30
Totalizador						
				Nº de USOs:		61
				Nº de atendimentos:		1
				Valor:		R\$ 18,30

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: 30/10/2020 15:05



389680
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/01/20	4-Data de Autorização 28/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932577	7-Data Validade da Senha 03/01/12/1
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CATARINA KERTIS ALVES DE VICENTE				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADEMIR DE VICENTE			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		18-Número no CRO 102997		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		23-Número no CRO 102997		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS				27-Número no CRO 102997		28-UF SP		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	32	V	1	61,00	0,00			28/10/20		
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 61,00		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 28/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 28/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------