

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/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
287589 - I	VICTOR EMANOEL DA SILVA LOPES (00202529090100000103)		13/02/2020	72	0.3	R\$ 21,60
299838 - I	EDERSON TEODORO DE PAULA LEONARDI (00202510550601675201)		11/03/2020	122	0.3	R\$ 36,60
Totalizador por Operadora						
					Nº de USOs:	194
					Nº de atendimentos:	2
					Valor:	R\$ 58,20
Totalizador						
					Nº de USOs:	194
					Nº de atendimentos:	2
					Valor:	R\$ 58,20

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: 18/05/2020 15:31

Página 1 de 1



299838
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/20	4-Data de Autenticação 13/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7473755	7-Data Validade da Senha 09/06/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510550601675201					
13-Nome EDERSON TEODORO DE PAULA LEONARDI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDERSON TEODORO DE PAULA LEONARDI		
		08/06/1981			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 102997	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	23-Número no CRO 102997	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS			
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		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OMD	1	122,00	0,00	S	16/03/20		<i>[Signature]</i>
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 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 16/03/20 <i>[Signature]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/03/20 <i>[Signature]</i> GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS CROSP 102997	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/20 <i>[Signature]</i>	53-Data, local e Carimbo de Empresa 16/03/20
--	--	--	---



287589
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/02/20	4-Data de Autorização 14/02/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7405874	7-Data Validade da Senha 13/05/20
Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202529090100000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		15-Nome do titular do plano LEONARDO RAMOS LOPES	
13-Nome VICTOR EMANOEL DA SILVA LOPES		14-Telefone () -		28/04/2008	
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	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		19-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		27-Número no CRO 102997		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
				24-UF SP	
				25-Código CNES	
				28-UF SP	
				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
1-0	0	84000090			1	72,00	0,00		S	11/03/2020		Vitoria
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 72,00	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 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 11/03/20 Gabriela E. Campos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável 16/03/20 Vitoria	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/20 Vitoria	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

CR03P 102997