

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

Razão Social: DIGIDOC RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 01258895000121 (FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17602) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
464647 - I	HERNAM DARIO CHALARCA TORO (00202526867800018901)		28/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
461318 - I	ISRAEL DE BRITO GONCALVES (00202507811900373901)		25/01/2021	222	0.54	R\$ 119,88
453909 - I	KATIA PEREIRA AGUIAR (00202534295100000101)		14/01/2021	96	0.57	R\$ 54,72
453909 - I	KATIA PEREIRA AGUIAR (00202534295100000101)		14/01/2021	42	0.71	R\$ 29,82
461316 - I	LEONARDO DA SILVA GONCALVES (00202507811900373903)		25/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
461316 - I	LEONARDO DA SILVA GONCALVES (00202507811900373903)		25/01/2021	28	0.71	R\$ 19,88
461319 - I	YARA SOUSA DA SILVA (00202507811900373902)		25/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

N° de USOs: 622
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 360,02

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 622
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 360,02

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 622
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 360,02

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 15:41

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-9*



464647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/01/21	4-Data de Autorização 29/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8245816	7-Data Validade da Senha 28/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526867800018901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HERNAM DARIO CHALARCA TORO	14-Telefone 26/05/1984	15-Nome do titular do plano HERNAM DARIO CHALARCA TORO		

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 7833430120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (f) 81000405
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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			02/02/21		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/02/21	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 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	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(ram) 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 Pedido anexado no site

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21	53-Data, local e Assinatura do Profissional Radiologista Odontológica 02/02/21
---	---	---	---

CNPJ: 01.231.895/0001-21



2-Nº

461318
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/21	4-Data de Autorização 26/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8229982	7-Data Validade da Senha 25/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202507811900373901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISRAEL DE BRITO GONCALVES 07/02/1989		14-Telefone (61) 8267-2859	15-Nome do titular do plano ISRAEL DE BRITO GONCALVES	

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	
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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	28/01/21		Israel
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/01/21	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 19,87	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 28/01/21	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO 4930 - DF Radiologista	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 28/01/21 Israel de Brito	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 28/01/21 Diagnóstico Radiologia Odontologica CNPJ: 01.258.895/0001-21
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



453909
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 25/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8196356	7-Data Validade da Senha 14/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534295100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KATIA PEREIRA AGUIAR		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano KATIA PEREIRA AGUIAR		
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-RIS (II) 81000413
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000421- (II) 81000421-RPSE

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	RIS		1	14,00	0,00		S	02/02/21		Katia
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	02/02/21		Katia
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	02/02/21		Katia
4-	0081000413	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	96,00	0,00		S	02/02/21		Katia
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/02/21	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 138,00	47-Valor Total R\$ 106,86	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 Grupo de Dentista Solicitante 02/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21
--	---	---	---

Digitec Radiológica Odontológica
CNPJ: 01.258.895/0001-21



461316
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/2012	4-Data de Autorização 26/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8229978	7-Data Validade da Senha 25/04/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202507811900373903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	
13-Nome LEONARDO DA SILVA GONCALVES		14-Telefone (61) 8167-2858	15-Nome do titular do plano ISRAEL DE BRITO GONCALVES
		02/03/2012	

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000405

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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	28/01/2012		Yssilene
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	28/01/2012		Yssilene
3-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	28/01/2012		Yssilene
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/01/2012	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 165,120	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 28/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO 4930 - DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/2012 Yssilene	53-Data, local e Assinatura da Empresa Digidoc Radiologia Odontologica CNPJ: 01.258.895/0001-21
---	---	--	---



461319
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/21	4-Data de Autorização 26/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8230003	7-Data Validação da Senha 25/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202507811900373902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome YARA SOUSA DA SILVA		14-Telefone (61) 8267-2858	15-Nome do titular do plano ISRAEL DE BRITO GONCALVES	

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 Enviar - RX (I) 81000405
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	
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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	28/01/21		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/01/21	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 1512,00	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 28/01/21	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/21	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21	53-Data Local e Assinatura da Empresa 28/01/21
--	--	--	---

Digido Radiológica Odontológica
CNPJ: 01.258.895/0001-21