

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2021

GIORDANO PANICO

(Cirurgião Dentista) (16953) - MARIANA GIORDANO PANICO

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 123201/SP

Cirurgião Dentista: (16953) - MARIANA GIORDANO PANICO

Gula	Nome	Não Paga	Dt. Gula	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
727136 - I	THAMARA MAURO CUNHA (00202540869400000101)		01/10/2021	144	0.32	R\$ 46,08
744760 - I	THAMARA MAURO CUNHA (00202540869400000101)		19/10/2021	34	0.32	R\$ 10,88
765023 - I	THAMARA MAURO CUNHA (00202540869400000101)		01/11/2021	146	0.32	R\$ 46,72
772821 - I	VINICIUS DE OLIVEIRA (00202527019000004001)		08/11/2021	178	0.32	R\$ 56,96

Totalizador						
						N° de USOs: 502
						N° de atendimentos: 4
						Valor: R\$ 160,64

Totalizador da Operadora						
						N° de USOs: 502
						N° de atendimentos: 4
						Valor: R\$ 160,64

Totalizador da Clínica						
						N° de USOs: 502
						N° de atendimentos: 4
						Valor: R\$ 160,64

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 A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 30/11/2021 17:58

Página 1 de 1



727136
INTERCÂMBIO

1-Identificação 406414	2-Dia de Emissão da Guia 01/11/2011	3-Dia de Autorização 01/11/2011	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 9132266	6-Dia Válido da Série 30/11/2011
---------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

7-Identificação 0102254086940000101	8-Identificação POS REDE PRESTADORA	9-Identificação DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Identificação 11/11/11	11-Identificação 11/11/11	12-Identificação 11/11/11
--	--	---	------------------------------	------------------------------	------------------------------

13-Identificação THAMARA MAURO CUNHA	14-Identificação 02/06/2001	15-Identificação THAMARA MAURO CUNHA
---	--------------------------------	---

16-Identificação N	17-Identificação MARIANA GIORDANO PANICO	18-Identificação 123201	19-Identificação SP	20-Identificação 025 -
-----------------------	---	----------------------------	------------------------	---------------------------

21-Identificação 335526574873	22-Identificação MARIANA GIORDANO PANICO	23-Identificação 123201	24-Identificação SP	25-Identificação Faturar Empresa
----------------------------------	---	----------------------------	------------------------	-------------------------------------

26-Identificação MARIANA GIORDANO PANICO	27-Identificação 123201	28-Identificação SP	29-Identificação CBO S
---	----------------------------	------------------------	---------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código/Preço	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/01/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 114,00	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 acatar com os custos previstos em referencial ao tratamento realizado, comprometendo-me a acatar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Declaração

50-Data, local e Assinatura do Coordenador Solicitante 20/01/12 Dr. Mariana Giordano Panico CRO/SP - 123201	51-Data, local e Assinatura do Coordenador 20/01/12 Dr. Mariana Giordano Panico CRO/SP - 123201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/01/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/12 Dr. Mariana Giordano Panico CRO/SP - 123201
---	---	---	--



744760
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia (1)9/(1)0/(2)1/	3-Data de Autorização (1)9/(1)0/(2)1/	4-Status AUTORIZADO	5-Número de Guia Privada 9187624	6-Data Validade da Guia (1)7/(1)0/(2)2/
--------------------------	--	--	------------------------	-------------------------------------	--

7-Endereço do Beneficiário C/da de Carlos	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade de Carimbo / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

12-Nome THAMARA MAURO CUNHA	13-Telefone 02/06/2001 (11) - - - - -	14-Nome do titular do plano THAMARA MAURO CUNHA
--------------------------------	--	--

15-Endereço e RN N	16-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	17-Número no CRO 123201	18-UF SP	19-Código CBO S 025 -	20-Data de Realização Faturar Empresa
-----------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------	--

21-Código de Operadora (CNP) / CPF (3)5(5)2(6)5(7)4(8)7(3) - - -	22-Nome do Contadante Específico MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES
---	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Emiteente MARIANA GIORDANO PANICO	27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela 1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 1 0 3 0 1	31-Código de Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Carimbo/Fluxo	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Resposta
--	--	--------------	------------------	---------	--------	------------------	----------	--------------------------------	--------	-----------------------	--------------------------------

1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 1 0 3 0 1	2- - - - -	3- - - - -	4- - - - -	5- - - - -	6- - - - -	7- - - - -	8- - - - -	9- - - - -	10- - - - -	11- - - - -	12- - - - -	13- - - - -	14- - - - -	15- - - - -
-------------------------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

43-Data Prescrição Termino do Tratamento (1)9/(1)0/(2)1/	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US (1)9/(1)0/(2)1/	47-Valor Total RS (1)9/(1)0/(2)1/	48-Total Franquia / Co-participação RS
---	--	---	---	--------------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 assiste 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 de Solicitante/Contadante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	51-Data, local e Assinatura do Solicitante/Contadante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	53-Data, local e Assinatura do Emiteente (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	---

54-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	55-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	56-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	57-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	--

58-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	59-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	60-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	61-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	--

62-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	63-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	64-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	65-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	--

66-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	67-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	68-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	69-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	--

70-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	71-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	72-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	73-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	--

74-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	75-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	76-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	77-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	--

78-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	79-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	80-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	81-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	--

82-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	83-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	84-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	85-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	--

86-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	87-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	88-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	89-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	--

90-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	91-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	92-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico	93-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante (1)9/(1)0/(2)1/ Dr. Mariana Giordano Panico
--	--	--	--

2-10



765023 INTERC&MBIC

Digitalizada com CamScanner



772821
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 08/11/21	4-Data de Autorização 08/11/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9267231	7-Data Validade da Guia 08/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IB TECNOLOGIA E SISTEMAS LTDA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VINICIUS DE OLIVEIRA	14-Telefone 16/01/2001	15-Nome do titular do plano VINICIUS DE OLIVEIRA
---------------------------------	---------------------------	---

16-Identificação e Rm N

17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número do CRO 123201	19-SUF SP	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
--	----------------------------	--------------	-----------------	--------------------------

21-Código de Operadora (CNPJ) / CPF 35526574873	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número do CRO 123201	24-SUF SP	25-Código CNES
--	---	----------------------------	--------------	----------------

26-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	27-Número do CRO 123201	28-SUF SP	29-Código CRO S
---	----------------------------	--------------	-----------------

30-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 da Realização	41-Motivo da Class. 42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	08/11/21	
2	0081000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	08/11/21	
3	0081000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	08/11/21	
4	0081000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	08/11/21	
5	0081000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	08/11/21	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 08/11/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente descrito 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), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Solicitante
Mariana Giordano Panico

51-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

52-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

53-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

54-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

55-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

56-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

57-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

58-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

59-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

60-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

61-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

62-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico

63-Data, Assinatura e Assinatura de Responsabilidade do Profissional Contratado
Mariana Giordano Panico