

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: CENTRO DE SERVICOS MEDICOS ODONTOLOGICOS E ESTETICOS CONCEIT

CNPJ: 24844183000190 (CLINICA CONCEITTO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 6714/DF

Cirurgião Dentista: (13310) - CINTHIA LEITE MAIA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
414873 - I	LEINALDO GUIMARAES DE QUEIROZ (00202530682900001101)		09/11/2020	300	0.35	R\$ 105,00
424806 - I	MARCIA SILVA DE ABREU (00202530756600015401)		23/11/2020	178	0.35	R\$ 62,30
429188 - I	NATHALIA FELIX DA ROCHA (00202527914700049901)		27/11/2020	727	0.35	R\$ 254,45
432682 - I	MARIANA RICCIO DE QUEIROZ (00202530682900001103)		02/12/2020	239	0.35	R\$ 83,65
437879 - I	SOLANGE CORREIA DA SILVA (00202532813800000101)		09/12/2020	178	0.35	R\$ 62,30

Totalizador						
					N° de USOs:	1622
					N° de atendimentos:	5
					Valor:	R\$ 567,70

Totalizador da Operadora						
					N° de USOs:	1622
					N° de atendimentos:	5
					Valor:	R\$ 567,70

Totalizador da Clínica						
					N° de USOs:	1622
					N° de atendimentos:	5
					Valor:	R\$ 567,70

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: 17/12/2020 11:14

Página 1 de 1



424806
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8077803	7-Data Validade da Senha 12/1/02/21
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530756600015401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCIA SILVA DE ABREU		14-Telefone 03/09/1977	15-Nome do titular do plano MARCIA SILVA DE ABREU	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CONCEITO	18-Número no CRO 6714	19-UF DF	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 91118824172	22-Nome do Contratado Executante CINTHIA LEITE MAIA	23-Número no CRO 6714	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CINTHIA LEITE MAIA	27-Número no CRO 6714	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
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/11/20		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			03/12/20		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			03/12/20		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			03/12/20		
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			03/12/20		
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 178,00	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 03/11/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20 [Carimbo]
--	--	--	---

Dra. Cinthia L. Maia
Cirurgiã Dentista/ Especialista Periodontia
CRO - DF 6714.

23

429188
INTERCÂMBIO

--	--	--	--	--	--

que assina esse documento

Maia

CRO-DF 67M

[illegible]432682

12. Addressing the Claims against the Church

10/03/2000

LEINALDO GUIMARAES DE QUEIROZ

Faturar EmpresaPlease see Tribunal's / Procuraduría's Solicitudes

20-Teoria	21-Colégio do Procedimento	22-Duodécimo	23-Domínio Público	24-Base	25-Ord	26-Quantidade US	27-Volunt	28-Franquia/Capacidade (28)	29-Ativ	30-Cidade de São Paulo	31-Matriz de Classe (24/2007)
-----------	----------------------------	--------------	--------------------	---------	--------	------------------	-----------	-----------------------------	---------	------------------------	-------------------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

[illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

RESTAURACAO RESINA

8	5	1	0	0	1	9	6
0	0	0	0	0	0	0	0

27

0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0

00000000

100

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible]

132000	Procedimento	Tempo do Tratamento
44	Tipo de Abordagem	
45	Tipo de Faturamento	
46	Tipo Quantitativo Us	
47	Unid	
48	Unid	
49	Unid	
50	Unid	
51	Unid	
52	Unid	
53	Unid	
54	Unid	
55	Unid	
56	Unid	
57	Unid	
58	Unid	
59	Unid	
60	Unid	
61	Unid	
62	Unid	
63	Unid	
64	Unid	
65	Unid	
66	Unid	
67	Unid	
68	Unid	
69	Unid	
70	Unid	
71	Unid	
72	Unid	
73	Unid	
74	Unid	
75	Unid	
76	Unid	
77	Unid	
78	Unid	
79	Unid	
80	Unid	
81	Unid	
82	Unid	
83	Unid	
84	Unid	
85	Unid	
86	Unid	
87	Unid	
88	Unid	
89	Unid	
90	Unid	
91	Unid	
92	Unid	
93	Unid	
94	Unid	
95	Unid	
96	Unid	
97	Unid	
98	Unid	
99	Unid	

☐ Informante Ombudsman 2-Estado Nacional 3-Ordenal 4-Lugar de Embarque

☐ V: Final 2-Fecha

6	7	8
9	0	1

deixando que cada um dos dois se encarregasse de uma das produções. Assim, cada um dos produtores poderia dedicar-se a uma única atividade, produzindo e vendendo apenas um produto. Isso poderia ser feito de duas maneiras: cada produtor poderia produzir e vender apenas um produto, ou cada produtor poderia produzir e vender os dois produtos. No entanto, se cada produtor produzisse e vendesse os dois produtos, ele teria que dividir seu tempo entre as duas atividades, o que poderia resultar em uma produção menor de cada um dos produtos. Portanto, a especialização pode ser benéfica para os produtores, pois permite que eles se dediquem a uma única atividade, produzindo e vendendo apenas um produto. Isso pode resultar em uma produção maior de cada um dos produtos, o que pode ser benéfica para os consumidores. Portanto, a especialização pode ser benéfica para todos os envolvidos no processo de produção e distribuição de bens e serviços.

conselho. Declaram, ainda que este procedimento foi assinado(s) acima, e por mim assinado(s), (b)feitos (realizado(s)) com meu consentimento e de forma voluntária. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao prestador(a) contratado(a) para assinar estes termos de adesão.

52-52a1, found a. Associates to *Cratichneumon* (Hymenoptera: Braconidae). *Dra. Chm.* 13, in 2.00

[illegible]

CHOCOLATE

2-N⁺

437879
INTECÂMBIO

SOLANGE CORREIA DA SILVAFaturar Empresa

--

100

1131