

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

CRO: 137861/SP

Cirurgião Dentista: (17876) - IZABELLA ANTUNES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
424878 - I	EDMARA FERNANDA PINTO DE SOUZA (00202533659800000101)		23/11/2020	178	0.3	R\$ 53,40
426691 - I	LETICIA PEREIRA DA SILVA (00202533637600000101)		24/11/2020	178	0.3	R\$ 53,40
437145 - I	LETICIA PEREIRA DA SILVA (00202533637600000101)		08/12/2020	382	0.3	R\$ 114,60
443702 - I	LETICIA PEREIRA DA SILVA (00202533637600000101)		18/12/2020	454	0.3	R\$ 136,20

Totalizador por Operadora

N° de USOs:	1192
N° de atendimentos:	4
Valor:	R\$ 357,60

Totalizador

N° de USOs:	1192
N° de atendimentos:	4
Valor:	R\$ 357,60

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: 25/12/2020 23:47

Página 1 de 1



424878
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8078100	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533659800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDMARA FERNANDA PINTO DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDMARA FERNANDA PINTO DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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 de Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/11/20		x Edmara
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			08/11/20		x Edmara
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			08/11/20		x Edmara
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			08/11/20		x Edmara
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			08/11/20		x Edmara
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-OncoDent 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 08/12/20 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 x Edmara	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/18/11 12/12/10	4-Data de Autorização 12/12/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8156860	7-Data Validade da Senha 11/18/10 12/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 01020201533637160000010101	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LETICIA PEREIRA DA SILVA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano LETICIA PEREIRA DA SILVA					
Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CFE 141517540718171011	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNEB	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fragilo	34-Fase	35-Qtd
1-01018511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MP	1	1
2-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DPV	1	1
3-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	1
4-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	1
5-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DPV	1	1
6-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
7-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
8-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
9-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
10-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
11-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
12-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
13-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
14-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
15-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
16-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
17-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
18-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
19-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
20-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
21-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
22-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
23-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
24-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
25-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
26-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
27-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
28-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
29-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
30-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
31-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
32-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
33-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
34-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
35-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
36-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
37-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
38-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
39-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
40-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
41-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
42-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
43-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
44-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
45-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
46-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
47-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
48-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
49-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
50-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
51-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
52-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
53-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
54-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
55-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
56-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
57-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
58-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
59-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
60-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
61-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
62-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
63-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
64-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
65-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
66-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
67-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
68-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
69-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
70-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
71-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
72-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
73-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
74-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
75-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
76-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
77-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
78-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
79-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
80-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
81-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
82-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
83-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
84-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
85-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
86-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
87-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
88-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
89-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
90-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
91-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
92-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
93-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
94-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
95-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
96-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
97-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
98-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
99-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				
100-01018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA				

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) 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.

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/13/11 12/12/10	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-Tipo de Faturamento US 1-1 4 15 4 10 10	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,1010
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Corregedor-Definido Solicitante 12/13/11 12/12/10 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Corregedor-Definido 12/13/11 12/12/10 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/13/11 12/12/10 Leticia Pereira da Silva	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/13/11 12/12/10		



24

1-Registro AMS

49-Observacio

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acabo 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 devidos pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Prestador	51-Data, local e Assinatura do Grupo/Direita Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Prestador	53-Data, local e Assinatura da Empresa
09/11/12 [Assinatura]	09/11/12 [Assinatura]	09/11/12 [Assinatura]	09/11/12 [Assinatura]



437145
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 11/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8129141	7-Data Validade da Senha 08/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LETICIA PEREIRA DA SILVA	14-Telefone 14/07/1988	15-Nome do titular do plano LETICIA PEREIRA DA SILVA
-------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-Código CBO S	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 85100200 (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RIS (I) 85100200 (I) 81000421-RIS

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	17	O	1	61,00	0,00		S	21/12/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	21/12/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	07/12/20		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	23/12/20		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	21/12/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	21/12/20		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	07/12/20		
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	23/12/20		
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	07/12/20		
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	23/12/20		
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/12/20	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 382,00	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 23/12/20 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/12/20 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/12/20 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--