

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

CRO: 18117/RJ

Cirurgião Dentista: (16156) - FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
346914 - I	ALCINDO FERNANDES (00202510220300244201)		28/07/2020	266	0.3	R\$ 79,80

Totalizador por Operadora

Nº de USOs: 266
 Nº de atendimentos: 1
 Valor: R\$ 79,80

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
351417 - I	THIAGO LOUREIRO (00379994063212380)		05/08/2020	178	0.3	R\$ 53,40
359644 - I	ANA LUCIA CUNHA TELLES (00370000022059841)		19/08/2020	300	0.3	R\$ 90,00
371258 - I	ANA LUCIA CUNHA TELLES (00370000022059841)		08/09/2020	61	0.3	R\$ 18,30
372883 - I	DAYSE MARTINS DE ABREU (00370000021968082)		10/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40
372886 - I	MATHEUS DE ABREU VICENTE (00370000021968090)		10/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40
372889 - I	MAICON CORREA DA SILVA (00379994059993933)		10/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador por Operadora

Nº de USOs: 1073
 Nº de atendimentos: 6
 Valor: R\$ 321,90

Totalizador

Nº de USOs: 1339
 Nº de atendimentos: 7
 Valor: R\$ 401,70

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: 28/09/2020 13:16

Página 1 de 1

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



371258

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/20	4-Data de Autorização 08/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189776	7-Data Validade da Senha 07/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000022059841	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700002836977102
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome ANA LUCIA CUNHA TELLES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA CUNHA TELLES
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	08/09/20		Alac
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 61,00	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 08/09/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgiã-Dentista CRO 18117 (RJ)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgiã-Dentista CRO 18117 (RJ)	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20 Ana Lucia Cella	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



372889

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2011	4-Data de Autorização 11/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190442	7-Data Validade da Senha 09/12/2011
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ATLANTICO SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00379994059993933			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706004897184448		
13-Nome MAICON CORREA DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAICON CORREA DA SILVA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA		18-Número no CRO 18117
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755			22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA		19-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA			23-Número no CRO 18117		20-Código CBO S
27-Número no CRO 18117			24-UF RJ		25-Código CNES
28-UF RJ			29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
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 21/09/2011 Flavia Maia da Cunha Vieira CRO 18117 (RJ)		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/2011 Flavia Maia da Cunha Vieira CRO 18117 (RJ)		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Maicon Correa da Silva	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



372886

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/20	4-Data de Autorização 11/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190440	7-Data Validade da Senha 09/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000021968090	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AUTO PECAS TRES AM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708008819231727
13-Nome MATHEUS DE ABREU VICENTE		14-Telefone 14/12/1995	15-Nome do titular do plano DAYSE MARTINS DE ABREU	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA		27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
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 da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/09/20	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 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 15/09/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgião-Dentista CRO 18117 (RJ)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/20 Flavia Maia da Cunha Vieira Cirurgião-Dentista CRO 18117 (RJ)	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



372883

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2011	4-Data de Autorização 11/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190439	7-Data Validade da Senha 09/12/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000021968082	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AUTO PECAS TRES AM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706306191572280
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome DAYSE MARTINS DE ABREU	14-Telefone 01/08/1974	15-Nome do titular do plano DAYSE MARTINS DE ABREU
-----------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S 801	Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	------------------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição *	33-Dentista/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		S	15/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Término do Tratamento 15/09/20	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 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 15/09/20 Flavia Maia da Cunha Vieira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/20 Flavia Maia da Cunha Vieira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/20 Dayse Martins de Abreu	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--