



Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

Razão Social: INOVE SORRISOS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 35028340000105 (INOVE SORRISOS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 33450/RJ

Cirurgião Dentista (16699) - DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
281723 - I	BENEFICIARIO TESTE DENTALUNI (00202503800400031901)		03/02/2020	47	0.3	R\$ 14,10
306109 - I	FERNANDO MAURO DA COSTA (00202529747400000101)		13/04/2020	199	0.3	R\$ 59,70
306111 - I	JEFERSON DA SILVA FRANCA (00202529747400000102)		13/04/2020	199	0.3	R\$ 59,70
306116 - I	LETICIA DE LIMA PIMENTA (00202525902200000101)		13/04/2020	199	0.3	R\$ 59,70
306290 - I	LUNARA CALAZANS DOS SANTOS (00202529706800000101)		14/04/2020	500	0.3	R\$ 150,00

Totalizador	N° de USOs:	1144
	N° de atendimentos:	5
	Valor:	R\$ 343,20

Totalizador da Operadora	N° de USOs:	1144
	N° de atendimentos:	5
	Valor:	R\$ 343,20

Totalizador da Clínica	N° de USOs:	1144
	N° de atendimentos:	5
	Valor:	R\$ 343,20

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: 30/04/2020 19:00

Página 1 de 1



306290
INTERCAMBIO

1-Registro ABO 406414	5-Data de Emissão da Guia 11/04/2012	6-Data de Autorização 11/04/2012	8-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7510919	7-Data Validade da Guia 11/07/2012
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
12-Número da Carteira 1010210215297068000001011		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano LUNARA CALAZANS DOS SANTOS	
13-Nome LUNARA CALAZANS DOS SANTOS		16-Assinatura a RM N		17-Nome do Profissional Substituto DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101190131816754		22-Nome do Contratado Exercente DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		23-Número no CRG 33450	
24-Nome do Profissional Exercente DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO		25-Número no CRG 33450		26-UF RJ	
27-UF RJ		28-UF RJ		29-Código CBG S	

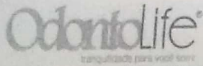
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Faltas	42-Assinatura
1	0082000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	37	1	1	500,00	0,00			11/04/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 500,00	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 arcar com os custos previstos no 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 este documento, os 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 Assistente 11/04/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/04/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]
---	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

306116
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2014	4-Data de Autorização 12/01/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7509597	7-Data Validade da Guia 11/02/2017
8-Número da Carteira 01020252590220000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LETICIA DE LIMA PIMENTA		14-Telefone (21) 217618159413		15-Data Validade da Carteira 11/11/11	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO					
18-Número no CRO 33450					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 1101903867514					
22-Nome do Contratado Executor DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO					
23-Número no CRO 33450					
24-UF RJ					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executor DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO					
27-Número no CRO 33450					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					

30-Tabula	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 Glor 42-Assinatura
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	11/01/2014		11/01/2014	lt
2	001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00	11/01/2014		11/01/2014	lt
3	001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00	11/01/2014		11/01/2014	lt
4	001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00	11/01/2014		11/01/2014	lt
5	001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00	11/01/2014		11/01/2014	lt
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/11	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 119900	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 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 Assistente 12/01/2014 lt	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2014 lt	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2014 Leticia de Lima Pimenta	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	---	---

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1- Número ANS 406414 2- Data de Emissão da Guia 11/04/2012 3- Data de Autorização 24/04/2012 4- Sanção AUTORIZADO 5- Número da Guia Principal 7509594 6- Data Validade da Guia 11/04/2012

7- Nome do Beneficiário JEFERSON DA SILVA FRANCA 8- Plano POS REDE PRESTADORA 9- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 10- Data Validade da Carteira 11- Assinatura do Cartão Nacional de Saúde

12- Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 23/02/1993 13- Telefone 14- Assinatura do titular do plano FERNANDO MAURO DA COSTA

15- Assinatura a R/R N 16- Nome do Profissional Solicitante DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 17- Número no CRO 33450 18- UF RJ 19- Código CBO S 025 - Faturar Empresa

20- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101190386754 21- Nome do Contratado Existente DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 22- Número no CRO 33450 23- UF RJ 24- Código CBO S

25- Nome do Profissional Beneficiário DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO 26- Número no CRO 33450 27- UF RJ 28- Código CBO S

29- Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

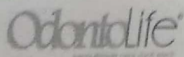
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Centro/Região	34- Faixa	35- QHS	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo da Omissão 42- Assinatura
1	01018101010130	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	10,00			24/04/2012	
2	01018153010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	10,00			24/04/2012	
3	01018153010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	10,00			24/04/2012	
4	01018153010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	10,00			24/04/2012	
5	01018153010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	10,00			24/04/2012	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43- Data Previsto 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 1199,00 47- Valor Total R\$ 10,00 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 12/4/10/14/2012 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/4/10/14/2012 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/04/12 Jefferson da Silva Franca 53- Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

308109
INTERCÂMBIO

1- Empresa: 406414	2- Data de Emissão da Guia: 13/10/2019	3- Data de Autorização: 24/10/2019	4- Status: AUTORIZADO	5- Número da Guia Original: 7909569	6- Data de validade da Guia: 11/2/2020
--------------------	--	------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	--

7- Nome do Paciente: 000202025297474000000001011	8- Plano: POS REDE PRESTADORA	9- Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	10- Data de validade da Guia: 11/11/19	11- Número do Cartão Nacional de Saúde: 1121101711210
--	-------------------------------	------------------------------------	--	---

12- Nome: FERNANDO MAURO DA COSTA	13- Data de Nascimento: 08/07/1968	14- Telefone: (11) 11111111	15- Nome do titular do plano: FERNANDO MAURO DA COSTA
-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	---

16- Assinatura e Rubrica: N	17- Assinatura do Profissional Substituto: DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO	18- Número no CBO: 33450	19- UF: RJ	20- Código CBO S: 025 -
-----------------------------	---	--------------------------	------------	-------------------------

21- Código da Operadora / CBO / CBO: 1101101318171541111	22- Assinatura do Contratado Executante: DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO	23- Número no CBO: 33450	24- UF: RJ	25- Código CBO S: 025 -
--	---	--------------------------	------------	-------------------------

26- Assinatura do Profissional Substituto: DIANA SIQUEIRA DE ARRUDA CAMARA ARAUJO	27- Número no CBO: 33450	28- UF: RJ	29- Código CBO S: 025 -
---	--------------------------	------------	-------------------------

Relatório de Tratamento / Procedimentos realizados

36- Tabela	37- Código do Procedimento	38- Descrição	39- Quantidade	40- Fluxo	41- CBO	42- Quantidade UO	43- Valor	44- Franquia / Co-participação R\$	45- Aut	46- Data de Realização	47- Método de Cálculo 48- Assinatura
1	0101813010101310	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	47000	0,00	0,00	0,00	11/21/20	
2	0101813010101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38000	0,00	0,00	0,00	11/21/20	
3	0101813010101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38000	0,00	0,00	0,00	11/21/20	
4	0101813010101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38000	0,00	0,00	0,00	11/21/20	
5	0101813010101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	38000	0,00	0,00	0,00	11/21/20	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

49- Data Prevista Término de Tratamento: 11/11/19	50- Tipo de Atendimento: 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência	51- Tipo de Pagamento: 1- Total 2- Parcial	52- Total Quantidade UO: 19900	53- Valor Total R\$: 0,00	54- 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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que não procedimentos descritos 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura:

55- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Substituto: 24/10/2019, [Assinatura]	56- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 24/10/2019, Fernando M. da Costa	57- Data, local e Carimbo da Empresa: 11/11/19
---	--	--