

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

Razão Social: MARIANA DOVICH MENDES ODONTOLOGIA

CNPJ: 19189248000251 (MARIANA DOVICH MENDES ODONTOLOGIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 102398/SP

Cirurgião Dentista: (16300) - MARIANA DOVICH MENDES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
287225 - I	MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA (00202524864500000101)		12/02/2020	178	0.4	R\$ 71,20
287228 - I	MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA (00202524864500000101)		12/02/2020	333	0.4	R\$ 133,20
298518 - I	MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA (00202524864500000101)		09/03/2020	122	0.4	R\$ 48,80
298793 - I	DIEGO LEONARDO SILVA RODRIGUES (00202510550600600201)		10/03/2020	144	0.4	R\$ 57,60
298912 - I	MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA (00202524864500000101)		10/03/2020	333	0.4	R\$ 133,20
302129 - I	MONICA VICENTINI (00202510550600933801)		16/03/2020	144	0.4	R\$ 57,60
306262 - I	AMANDA FARIAS DOS SANTOS (00202528275200000101)		14/04/2020	122	0.4	R\$ 48,80
306266 - I	AMANDA FARIAS DOS SANTOS (00202528275200000101)		14/04/2020	122	0.4	R\$ 48,80

Totalizador

N° de USOs: 1498
N° de atendimentos: 8
Valor: R\$ 599,20

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 1498
N° de atendimentos: 8
Valor: R\$ 599,20

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 1498
N° de atendimentos: 8
Valor: R\$ 599,20

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: 29/04/2020 10:18



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



261224

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2019 4-Data de Autorização 16/11/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7271686 7-Data Validade da Senha 11/10/2020

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00202528275200000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2020 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA FARIAS DOS SANTOS 14-Telefone 30/08/1987 (11) 4277-7195 15-Nome do titular do plano AMANDA FARIAS DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Alcôndimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES 18-Número no CRO 102398 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 36872866810 22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES 23-Número no CRO 102398 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Contratado MARIANA DOVICH MENDES 27-Número no CRO 102398 28-UF SP 29-Código CBO S

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	44	D	1	61,00	0,00		S	11/03/20		
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	MOD	1	12,00	0,00		S	11/03/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	11/03/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Alcôndimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1244,00 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

MARIANA DOVICH MENDES
ODONTOLOGIA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2019 SP 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2019 SP 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2019 SP 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2019 CNPJ 19.189.248/0002-1 SP



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

302129
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/03/2017	4-Data de Autorização 17/03/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7485453	7-Data Validade da Senna 14/06/2017							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202510550600933801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MONICA VICENTINI		14-Telefone (11) 448416787	15-Nome do titular do plano MONICA VICENTINI									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES		18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3687286610		22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	28-UF SP	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
1-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			17/03/2017		
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			17/03/2017		
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			17/03/2017		
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			17/03/2017		
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 144,00		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 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												
MARIANA DOVICH MENDES												
ODONTOLOGIA												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/03/2017 SP		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/03/2017 SP		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/03/2017 SP		53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/03/2017 CNPJ 19.189.248/0001-70						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

298912
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/01/03/12/01	4-Data de Autorização 11/01/03/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7468817	7-Data Validade da Senha 08/01/06/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020202524864500000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA		14-Telefone 09/09/1984	15-Nome do titular do plano MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31687286610	22-Nome do Contratado Erecutante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-24
26-Nome do Profissional Erecutante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ctd
1-000185200140		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		
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 33300		47-Valor Total R\$ 0000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000	
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: Favor anexar RX inicial e final para produção.					
50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solitante 20/10/2019 SP		51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista 20/10/2019 SP		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2019 SP	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2019 SP					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2F

298518
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2013	4-Data de Autorização 11/11/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7466567	7-Data Validade da Senha 10/07/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020252486450000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 316872866810	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES	27-Número no CRO 102398	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1
2-					
3-					
4-					
5-					
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 112200	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					
MARIANA DOVICH MENDES					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2013 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2013 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2013 SP	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2013 SP	ODONTOLOGIA SP CNPJ: 19.189.248/0002-51	

(7)

OdontLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



287228
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/21/2012 4-Data de Autorização 11/31/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7404141 7-Data Validade de Bônus 11/21/2012

Dados do Beneficiário 8-Número de Carteira 0102025248645000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade de Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA 14-Telefone 09/09/1984 15-Nome do titular do plano MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES 18-Número no CRO 102398 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 36872866810 22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES 23-Número no CRO 102398 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (17) 85200140-25

26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES 27-Número no CRO 102398 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	01852010140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25	1	33300	0100	0100			06/11/2012	X	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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 33300 47-Valor Total R\$ 0100 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: Favor anexar rx inicial e final para pagamento

50-Data, local e Assinatura do Contratado/Donatário Solicitante 06/11/2012 SP 51-Data, local e Assinatura do Contratado/Donatário Solicitante 06/11/2012 SP 52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 06/11/2012 SP 53-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 06/11/2012 SP

54-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 06/11/2012 SP 55-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 06/11/2012 SP



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

287225
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/21/021/210	4-Data de Autorização 11/31/021/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7404130	7-Data Validade da Senha 11/21/051/210																	
Dados do Beneficiário																						
8-Número da Carteira 01021021521418161415010101011011	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 MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA		14-Telefone 09/09/1984 (11) 1111-1111	15-Nome do Titular do plano MARCEL MATIAS DE OLIVEIRA																			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa																		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31618172181618110111	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES																		
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	28-UF SP	29-Código CEO S																		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																						
30-Tablete	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										
1-0101181101010101615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3141010	01,010			11/13/031/2011												
2-0101181531010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3161010	01,010			11/13/031/2011												
3-0101181531010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3161010	01,010			11/13/031/2011												
4-0101181531010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3161010	01,010			11/13/031/2011												
5-0101181531010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3161010	01,010			11/13/031/2011												
6-1111111111111111																						
7-1111111111111111																						
8-1111111111111111																						
9-1111111111111111																						
10-1111111111111111																						
11-1111111111111111																						
12-1111111111111111																						
13-1111111111111111																						
14-1111111111111111																						
15-1111111111111111																						
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11													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 11781010		47-Valor Total R\$ 101010		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 11/11/031/2011 SP													51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/031/2011 SP		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/031/2011 SP		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/031/2011 SP		MARIANA DOVICH MENDES ODONTOLOGIA CNPJ: 19.189.248/0002-51			

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



306266
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/2014	4-Data de Autorização 15/04/2014	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7510760	7-Data Validade da Serinha 13/07/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA FARIAS DOS SANTOS		14-Telefone (11) 4277-1915	15-Nome do titular do plano AMANDA FARIAS DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcandimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Número no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora: CNPJ / CPF 3687286810	22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES	23-Número no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		27-Número no CRO 102398	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	35	O	1	61,00	0,00					
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00					
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alandimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	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(ram) 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
Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/2014	4-Data de Autorização 16/04/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7510724	7-Data Validade da Senha 13/07/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Numero da Carteira 00202528275200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA FARIAS DOS SANTOS		14-Telefone (11) 4277-7195	15-Nome do titular do plano AMANDA FARIAS DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA DOVICH MENDES	18-Numero no CRO 102398	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36872866810		22-Nome do Contratado Executante MARIANA DOVICH MENDES		23-Numero no CRO 102398	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARIANA DOVICH MENDES		27-Numero no CRO 102398		28-UF SP	29-Código CBO S	

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-	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			/ /		
2-	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
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 122,00	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
Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--