

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

CRO: 46279/MG

Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento:		25 - DENTAL UNI				
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
332026 - I	GUSTAVO GUIMARAES FARIA (00202528270100008602)		30/06/2020	72	0.3	R\$ 21,60
334030 - I	JAQUELINE SOARES LEMOS (00202506065500307601)		03/07/2020	144	0.3	R\$ 43,20
344195 - I	ADILSON DE OLIVEIRA DUARTE (00202506065500051701)		23/07/2020	144	0.3	R\$ 43,20
390173 - I	SIMONE TEODORO SOBRINHO (00202531859700000101)		05/10/2020	42	0.3	R\$ 12,60
392205 - I	SIMONE TEODORO SOBRINHO (00202531859700000101)		08/10/2020	733	0.3	R\$ 219,90
395553 - I	GILBERTO MAGNOS LOPES DE OLIVEIRA (00202530406600000101)		14/10/2020	555	0.3	R\$ 166,50
397325 - I	SARA FRANCINI SANTOS ARAUJO (00202510430500005902)		16/10/2020	61	0.3	R\$ 18,30
397328 - I	SARA FRANCINI SANTOS ARAUJO (00202510430500005902)		16/10/2020	733	0.3	R\$ 219,90
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:		2484
				N° de atendimentos:		8
				Valor:		R\$ 745,20
Totalizador						
				N° de USOs:		2484
				N° de atendimentos:		8
				Valor:		R\$ 745,20

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



392205
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 7943596	7-Data Validade da Senha 06/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531859700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SIMONE TEODORO SOBRINHO	14-Telefone 31/01/1981	15-Nome do titular do plano SIMONE TEODORO SOBRINHO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código de 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
1-00	85400270	PLACA OCLUSAL RESILIENTE			1	733,00	0,00	0,00	S	19/10/20		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 733,00	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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/10/20 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/20 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/20 FR Fortes
---	---	---	---



397325
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/20	4-Data de Autorização 25/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7964413	7-Data Validade da Senha 14/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510430500005902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SARA FRANCINI SANTOS ARAUJO			14-Telefone (31) 7117-6449	15-Nome do titular do plano JOAO GUILHERME GOMES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	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 Glose, 42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	1	1	61,00	0,00		S	28/10/20	FR Fortes
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 a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável pelo tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/20 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 28/10/20 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20 Sara Francini	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/20
---	---	---	---



397328
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 7964416	7-Data Validade da Senha 14/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510430500005902	6-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SARA FRANCINI SANTOS ARAUJO			14-Telefone (31) 7117-6449	15-Nome do titular do plano JOAO GUILHERME GOMES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES		23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279		28-UF MG	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-	0085400270	PLACA OCLUSAL RESILIENTE			1	733,00	0,00		S	28/10/20		FR Fortes
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 733,00	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 20/10/20 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20 Sara Francini	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/20 FR Fortes
---------------	---	---	---	---

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279