

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Razão Social: CORDEIRO & GOIS - ODONTOLOGICA PRIME LTDA.

CNPJ: 17637743000170 (ODONTOLOGICA PRIME)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 80306/SP

Cirurgião Dentista: (17704) - NACELIO MAMEDES DE GOIS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
382249 - I	TAIS POLIANA MENDES SOUZA (00202529055200000101)		23/09/2020	144	0.3	R\$ 43,20
397215 - I	YASMIN SIQUEIRA PAIVA (00202510550600631602)		15/10/2020	174	0.3	R\$ 52,20
397219 - I	NIDIA DE PAULA SIQUEIRA (00202510550600631601)		15/10/2020	48	0.3	R\$ 14,40
398399 - I	TAIS POLIANA MENDES SOUZA (00202529055200000101)		18/10/2020	217	0.3	R\$ 65,10
403690 - I	NIDIA DE PAULA SIQUEIRA (00202510550600631601)		23/10/2020	61	0.3	R\$ 18,30

Totalizador

Nº de USOs: 644
Nº de atendimentos: 5
Valor: R\$ 193,20

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 644
Nº de atendimentos: 5
Valor: R\$ 193,20

Totalizador da Clínica

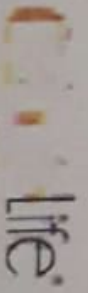
Nº de USOs: 644
Nº de atendimentos: 5
Valor: R\$ 193,20

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

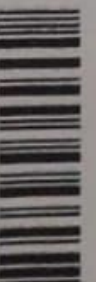
Data e Hora de Emissão: 03/11/2020 19:56

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-M



382249

4-Código ANS 406414
 5-Código de Emissão da Guia 23/10/19/20
 6-Data de Autorização 31/10/19/20
 7-Série AUTORIZADO
 8-Número da Guia Principal 7901597
 9-Data Válida da Série 21/11/21/20

10-Número da Clínica 10020252905520000101
 11-Data Válida da Clínica
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Data Válida do Cartão Nacional de Saúde

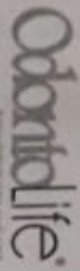
14-Nome POS REDE PRESTADORA
 15-Data de Emissão 10/04/1995
 16-Tipo de Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 17-Nome do Titular do Plano TAIS POLIANA MENDES SOUZA

18-Nome do Profissional Responsável NACELIO MAMEDES DE GOIS
 19-Número de CRM 80306
 20-Código CRM S
 21-UF SP
 22-Nome do Convênio Enunciado NACELIO MAMEDES DE GOIS
 23-Número de CRM 80306
 24-UF SP
 25-Código CRM S
 26-UF SP
 27-Código CRM S
 28-Faturar Empresa

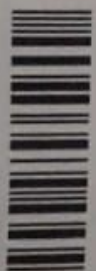
29-Data de Tratamento/Procedimento/Evento 7/10/20
 30-Local de Tratamento/Procedimento/Evento NACELIO MAMEDES DE GOIS
 31-Código do Procedimento
 32-Descrição
 33-Data Início 34-Fim 35-DI 36-Quantidade US 37-Valor 38-Fratura/Condição de RS 39-Ar 40-Data de Realização 41-Matéria da Guia 42-Id

30-Local de Tratamento/Procedimento/Evento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data Início	34-Fim	35-DI	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Condição de RS	39-Ar	40-Data de Realização	41-Matéria da Guia	42-Id
	1-000	85300047				3,6	10,00					
	2-000	85300047				3,6	10,00					
	3-000	85300047				3,6	10,00					
	4-000	85300047				3,6	10,00					
	5-000											
	6-000											
	7-000											
	8-000											
	9-000											
	10-000											
	11-000											
	12-000											
	13-000											
	14-000											
	15-000											

43-Data de Emissão do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento
 45-Tipo de Faturamento
 46-Taxa Quiloseca US
 47-Valor Taxa RS
 48-Taxa Fratura/Condição de RS
 49-Observação
 50-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
 51-Data, Valor e Assinatura do Beneficiário/Responsável
 52-Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável
 53-Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável
 54-Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável
 55-Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



398399
INTERCÂMBIO

Programa de Saúde Bucal: 406414
 Data de Emissão do Guia: 18/11/2011
 Hora de Autorização: 12:31:10/2011
 Sistema: AUTORIZADO
 Número de Guia Original: 7968589
 Data Validação de Saúde: 16/10/2011
 Número do Cartão Nacional de Saúde: []

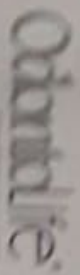
Nome do Paciente: TAIS POLIANA MENDES SOUZA
 Data de Nascimento: 10/04/1995
 Tipo de Tratamento: DENTAL UNI COOPERATIVA
 Nome do titular do plano: TAIS POLIANA MENDES SOUZA

Nome do Operador: NACELIO MAMEDES DE GOIS
 Nome do Contratado: NACELIO MAMEDES DE GOIS
 Nome do Profissional Contratado: NACELIO MAMEDES DE GOIS
 Endereço: []
 Telefone: []
 Faturar Empresa: 025 - Faturar Empresa

30 - Tipo de Procedimento: 31 - Código de Procedimento: 32 - Descrição: 33 - Dente/Região: 34 - Fluxo: 35 - CBO: 36 - Quantidade US: 37 - Valor: 38 - Franquia/Compensação R\$: 39 - Anul: 40 - Data de Realização: 41 - Nome de Giro: 42 - Anulura

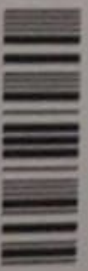
30 - Tipo de Procedimento	31 - Código de Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Fluxo	35 - CBO	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Compensação R\$	39 - Anul	40 - Data de Realização	41 - Nome de Giro	42 - Anulura
	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4	0,0					
	00	RESTAURAÇÃO RESINA		1		6,1	0,0					
	00	RESTAURAÇÃO RESINA		1		6,1	0,0					
	00	RESTAURAÇÃO RESINA		1		6,1	0,0					
	00	RESTAURAÇÃO RESINA		1		6,1	0,0					

31 - Data, Local e Assinatura do Operador: [Assinatura]
 32 - Data, Local e Assinatura do Contratado: [Assinatura]
 33 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário: [Assinatura]
 34 - Data, Local e Assinatura do Responsável: [Assinatura]
 35 - Data, Local e Assinatura do Responsável: [Assinatura]
 36 - Data, Local e Assinatura do Responsável: [Assinatura]
 37 - Data, Local e Assinatura do Responsável: [Assinatura]
 38 - Data, Local e Assinatura do Responsável: [Assinatura]
 39 - Data, Local e Assinatura do Responsável: [Assinatura]
 40 - Data, Local e Assinatura do Responsável: [Assinatura]
 41 - Data, Local e Assinatura do Responsável: [Assinatura]
 42 - Data, Local e Assinatura do Responsável: [Assinatura]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Nº



403690 INTERCAMBIO

Nome: RESTAURACAO RESINA Nome do Paciente: ALVARIZO Número de Guia: 7881555 Data de Emissão: 21/01/2011
 Endereço: POSS NEDE PRESTADORA Instituição de Assistência: INSTITUTO DE ASSISTENCIA Nome do Laboratório: NOVA DE PALA SOLERA

Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Data de Nascimento: 03/09/1978 Nome do Laboratório: NOVA DE PALA SOLERA
 Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO

Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO
 Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO

Item	Descrição do Procedimento	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Observações
1	RESTAURACAO RESINA	27	0,11	6,1100	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

O Paciente declara que este documento representa a prestação de serviços odontológicos, conforme a nota fiscal emitida, e que não se responsabiliza por qualquer erro ou omissão. O Paciente declara que este documento representa a prestação de serviços odontológicos, conforme a nota fiscal emitida, e que não se responsabiliza por qualquer erro ou omissão. O Paciente declara que este documento representa a prestação de serviços odontológicos, conforme a nota fiscal emitida, e que não se responsabiliza por qualquer erro ou omissão.

Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO
 Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO Nome do Paciente: ALVARIZO