

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: ROBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DE BRASILIA LTDA

CNPJ: 32910853000157 (FENELON DIAG ODONTOLOGICOS POR IMAGEM ASA NORTE)

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 4364/DF

Cirurgião Dentista: (16297) - ELCIO GOMES CARNEIRO JUNIOR

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
318347 - I	ANA CLARA DOS SANTOS (00379994062107213)		29/05/2020	260	0.3	R\$ 78,00
318347 - I	ANA CLARA DOS SANTOS (00379994062107213)		29/05/2020	28	0.71	R\$ 19,88

Totalizador						
N° de USOs:						288
N° de atendimentos:						1
Valor:						R\$ 97,88

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17603) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
426755 - I	ANA CLARA DOS SANTOS (00379994062107213)		24/11/2020	29	1.03	R\$ 29,87

Totalizador						
N° de USOs:						29
N° de atendimentos:						1
Valor:						R\$ 29,87

Totalizador da Operadora						
N° de USOs:						317
N° de atendimentos:						2
Valor:						R\$ 127,75

Totalizador da Clínica						
N° de USOs:						317
N° de atendimentos:						2
Valor:						R\$ 127,75

Robras Radiologia Odontológica de Brasília Ltda
CNPJ: 32.910.853/0001 - 57
CF/DF: 07.317.606/001 - 09

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: 28/12/2020 12:38

Página 1 de 1



426755
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208291	7-Data Validade da Senha 22/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00379994062107213	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa IGREJA INTERNACION	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003109981671	
13-Nome ANA CLARA DOS SANTOS	14-Telefone () -
15-Nome do titular do plano DOUGLAS EDUARDO APARECIDO DOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES
18-Número no CRO 4930	19-UF DF
20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120
22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930
24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRO 4930
28-UF DF	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	0081000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	AI		1	29,00	0,00		S	27/11/20		x fufes
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/11/20	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 29,00	47-Valor Total R\$ 30,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/20 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20 x fufes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/20 Rebrás Radiologia Odontológica de Brasília Ltd. CNPJ: 32.916.853/0001-57
--	--	--	--

Paciente: Ana Clara dos
Endereço: Santos
Solicitação Dr.(a): Thales Brasil

Solicito Rx axial de maxila
com a finalidade de verificar
formação óssea após colocação
Protetiva.

Dr. Thales Brasil
Especialista em Periodontia - IE 3981
Especialista em Implantodontia - IE 3749
Mestrado em Implantodontia
Doutorado em Biomateriais

24/11/2020