

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

CRO: 66287/SP

Cirurgião Dentista: (13509) - ADRIANE CECILIO CAMMARANO

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
378289 - I	CRISTHIAN MENDES PONTES (00202531312500000101)		18/09/2020	887	0.3	R\$ 266,10
395956 - I	ROMILDA CYPRIANO DARAGO (00202510550601699402)		14/10/2020	445	0.3	R\$ 133,50
410607 - I	APARECIDO VENANCIO PRATES (00202533122200000101)		03/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
412817 - I	ERICA RILANE DA SILVA AGUIAR (00202532525300000104)		05/11/2020	445	0.3	R\$ 133,50
412892 - I	SUZANA DA SILVA FERREIRA (00202532525300000102)		05/11/2020	384	0.3	R\$ 115,20
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:		2335
				N° de atendimentos:		5
				Valor:		R\$ 700,50
Totalizador						
				N° de USOs:		2335
				N° de atendimentos:		5
				Valor:		R\$ 700,50

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 A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 25/11/2020 17:56

Página 1 de 1



378289
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/09/20	4-Data de Autorização 28/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7884779	7-Data Validade da Senha 17/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202531312500000101		13-Nome CRISTHIAN MENDES PONTES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTHIAN MENDES PONTES	
		01/06/1989				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 66287		19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287		24-UF SP	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816		22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		26-UF SP		
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287		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-	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/10/20		<i>Carsten</i>
2-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	19/10/20		<i>Carsten</i>
3-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S			
4-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S			
5-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S			
6-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S			
7-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	09/11/20		<i>Carsten</i>
8-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	09/11/20		<i>Carsten</i>
9-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S			
10-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S			
11-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IV	1	88,00	0,00		S			
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 887,00	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	O PACIENTE DEIXOU DO TRATAMENTO PORQUE SOFREU UM ACIDENTE.				
-------------------------------------	--	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/20, hr	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20, hr	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20, hr	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



395956
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958854	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601699402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROMILDA CYPRIANO DARAGO		14-Telefone () 2154-4338		15-Nome do titular do plano ELAINE APARECIDA DARAGO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/11/20		x R. B. P.
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	10/11/20		x R. B. P.
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	10/11/20		x R. B. P.
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MO	1	88,00	0,00		S	12/11/20		x R. B. P.
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/11/20		x R. B. P.
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/11/20		x R. B. P.
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/11/20		x R. B. P.
8-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/11/20		x R. B. P.
9-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	17/11/20		x R. B. P.
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 445,00	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 19/11/20, hp, Romilda C. P.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20, hp, Romilda C. P.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20, hp, Romilda C. P.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



410607
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 07/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8018819	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025331222000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome APARECIDO VENANCIO PRATES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano APARECIDO VENANCIO PRATES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/11/20		Adriane
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/11/20		Adriane
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/11/20		Adriane
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/11/20		Adriane
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/11/20		Adriane
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 174,00	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 21/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável 21/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



412817
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8027266	7-Data Validade da Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253252530000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ERICA RILANE DA SILVA AGUIAR		14-Telefone 23/03/1982	15-Nome do titular do plano JAQUELINE VIVIANE DA SILVA FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/11/20		<i>Erica</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	13/11/20		<i>Erica</i>
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	16/11/20		<i>Erica</i>
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	18/11/20		<i>Erica</i>
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00		S	20/11/20		<i>Erica</i>
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/11/20		<i>Erica</i>
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/11/20		<i>Erica</i>
8-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/11/20		<i>Erica</i>
9-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/11/20		<i>Erica</i>
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 445,00	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 23/11/2020 <i>Adriane C. Cammarano</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2020 <i>Adriane C. Cammarano</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2020 <i>Erica R. S. Aguiar</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



412892
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8027541	7-Data Validade da Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253252530000102		13-Nome SUZANA DA SILVA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAQUELINE VIVIANE DA SILVA FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 66287		19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		26-Número no CRO 66287	27-UF SP	28-Código CBO S	29-Enviar - RX (1) 85100200

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/11/20		Jaqueline
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	16/11/20		Jaqueline
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	16/11/20		Jaqueline
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	18/11/20		Jaqueline
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/11/20		Jaqueline
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/11/20		Jaqueline
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/11/20		Jaqueline
8-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/11/20		Jaqueline
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 384,00	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 Os procedimentos foram assinados pela responsável pela paciente.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/20, SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20, SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20, Jaqueline V. Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--