

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

CRO: 31121/RJ

Cirurgião Dentista: (16122) - MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

Operadora de Atendimento:		25 - DENTAL UNI				
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Alts	Vlr USO Coop.	Total
471905 - I	SANDRA GONCALVES SILVA (00202535168300000101)		08/02/2021	347	0.3	R\$ 104,10
471901 - I	THAIS SILVA DOS SANTOS (00202535168300000102)		08/02/2021	347	0.3	R\$ 104,10

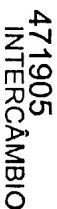
Totalizador por Operadora

N° de USOs:	694
N° de atendimentos:	2
Valor:	R\$ 208,20

Totalizador

N° de USOs:	694
N° de atendimentos:	2
Valor:	R\$ 208,20

2-N



Durbin do Berufskörpers

13-Nome SANDRA GONCALVES SILVA	04/06/1959
14-Telefone (()) - - - - -	
15-Nome do titular do plano SANDRA GONCALVES SILVA	

Dados do Contrato Registrado pelo Transmissor

16-Endereço e País N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
-------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operação: CMFJ/Cas	10 5 6 8 5 3 6 0 7 0 3
22-Nome do Contratado Emoculante	MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CNO	31121
24-UF	RJ
25-Código ONES	

26-Nome do Profissional Registrado	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	31121	RJ	

Plano de Treinamento / Procondominho Scholastic

30- Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Denom/Região	34-Espes	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dat
------------	---------------------------	--------------	-----------------	----------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	--------

[illegible]

	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	7	5	0	0	0	0	0	0	\$	215
2.0	8.5	3.0	0.0	4.7	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

[illegible][illegible][illegible]

	HAID	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	1	1
5	1	1
6	1	1
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1
14	1	1
15	1	1
16	1	1
17	1	1
18	1	1
19	1	1
20	1	1
21	1	1
22	1	1
23	1	1
24	1	1
25	1	1
26	1	1
27	1	1
28	1	1
29	1	1
30	1	1
31	1	1
32	1	1
33	1	1
34	1	1
35	1	1
36	1	1
37	1	1
38	1	1
39	1	1
40	1	1
41	1	1
42	1	1
43	1	1
44	1	1
45	1	1
46	1	1
47	1	1
48	1	1
49	1	1
50	1	1
51	1	1
52	1	1
53	1	1
54	1	1
55	1	1
56	1	1
57	1	1
58	1	1
59	1	1
60	1	1
61	1	1
62	1	1
63	1	1
64	1	1
65	1	1
66	1	1
67	1	1
68	1	1
69	1	1
70	1	1
71	1	1
72	1	1
73	1	1
74	1	1
75	1	1
76	1	1
77	1	1
78	1	1
79	1	1
80	1	1
81	1	1
82	1	1
83	1	1
84	1	1
85	1	1
86	1	1
87	1	1
88	1	1
89	1	1
90	1	1
91	1	1
92	1	1
93	1	1
94	1	1
95	1	1
96	1	1
97	1	1
98	1	1
99	1	1
100	1	1

1	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	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

[illegible][illegible]

[illegible][illegible]

44- Tipo de Abandono	Data Previsto Término do Tratamento
45- Tipo de Faturamento	
46- Total Quantidade US	
47- Valor Total R\$	

☐	1-Trazamiento Odontológico	2-Examen Radiológico	3-Orofaringia	4-Urgencia/Emergencia
☐	1-Total	2-Parcial		

deixado, 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

experiências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Osservazioni

[illegible]

51-Data, local e Assinatura do Cargado-Denúncia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	-------------------------------------

[illegible]



471901
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10	4-Data de Autenticação 11/10/21	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277210	7-Data Validade da Santa 10/09/10
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020202535168301000101021	9-Santa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/10/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome THAIS SILVA DOS SANTOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SANDRA GONCALVES SILVA
-----------------------------------	------------------------------	---

16-Local de atendimento a RV MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 105685360703111	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Pelo do Tratamento / Procedimento Solicitado

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 Class	42-Assinatura
1-0	1081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			15/12/10	121	
2-0	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00			15/12/10	121	
3-0	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00			15/12/10	121	
4-0	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00			15/12/10	121	
5-0	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00			15/12/10	121	
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 11/10/11	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 1347,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente asseverado 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/12/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/12/12/11	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/10/11
---	---	---	---