

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

Razão Social: HARMONY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA EIRELI - ME

CNPJ: 25173753000120 (HARMONY ODONTOLOGIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 11469/DF

Cirurgião Dentista: (12313) - CATIELI GIRARDI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
315667 - I	THIAGO CAMILO BEZERRA (00202507394400031302)		21/05/2020	375	0.4	R\$ 150,00
339230 - I	LUCAS CARNEIRO BEZIO (00202526867800015101)		14/07/2020	61	0.4	R\$ 24,40
340543 - I	YUNA FERREIRA DIAS (00202529913400000101)		16/07/2020	144	0.4	R\$ 57,60
357136 - I	YUNA FERREIRA DIAS (00202529913400000101)		14/08/2020	176	0.4	R\$ 70,40
357138 - I	YUNA FERREIRA DIAS (00202529913400000101)		14/08/2020	176	0.4	R\$ 70,40
357139 - I	YUNA FERREIRA DIAS (00202529913400000101)		14/08/2020	332	0.4	R\$ 132,80
358774 - I	ROGERIO GOMES HERCULANO (00202507811900345401)		18/08/2020	87	0.4	R\$ 34,80
358787 - I	THAYS DE SOUSA LIMA BRAGA (00202529881900000101)		18/08/2020	334	0.4	R\$ 133,60
360327 - I	ELISANGELA DA SILVA GOMES HERCULANO (00202507811900345402)		20/08/2020	178	0.4	R\$ 71,20
360330 - I	ELISANGELA DA SILVA GOMES HERCULANO (00202507811900345402)		20/08/2020	87	0.4	R\$ 34,80

Totalizador

N° de USOs: 1950
N° de atendimentos: 10
Valor: R\$ 780,00

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 1950
N° de atendimentos: 10
Valor: R\$ 780,00

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 1950
N° de atendimentos: 10
Valor: R\$ 780,00

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: 01/09/2020 11:00

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



315667
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 1 / 0 5 / 2 0	4-Data de Autorização 2 2 / 0 5 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7583011	7-Data Validade da Senha 1 9 / 0 8 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 7 3 9 4 4 0 0 0 3 1 3 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND TRAB DA EDUC BASICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome THIAGO CAMILO BEZERRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LINIDELLY ROCHA MENDES
----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001286-48 (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 0 5 6 4 0 1 0 7 9	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469	28-UF DF	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-	0 0 8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	3 6 1 0 0	0,00		S	04/08/20		Thiago
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4 0 0	0,00		S	04/08/20		Thiago
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 3 7 5 0 0	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 04/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



339230
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/20	4-Data de Autorização 15/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7705139	7-Data Validade da Senha 12/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526867800015101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS CARNEIRO BEZIO		14-Telefone 26/05/1995	15-Nome do titular do plano LUCAS CARNEIRO BEZIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI	27-Número no CRO 11469	28-UF DF	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00		S	15/07/20		Lucas
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 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 15/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/20 Lucas	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



340543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/07/20	4-Data de Autorização 07/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7711064	7-Data Validade da Senha 14/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202529913400000101		13-Nome YUNA FERREIRA DIAS		14-Telefone 02/02/1994		15-Nome do titular do plano YUNA FERREIRA DIAS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469	28-UF DF	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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/07/20		x yuna
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/07/20		x yuna
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		x yuna
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		x yuna
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 144,00	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 este 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 16/07/20 Catieni Girardi CRO-DF 11469	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/20 Catieni Girardi CRO-DF 11469	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/20 Yuna Ferreira Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



357138
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/20	4-Data de Autorização 28/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7788766	7-Data Validade da Senha 12/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020252991340000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome YUNA FERREIRA DIAS		14-Telefone 02/02/1994	15-Nome do titular do plano YUNA FERREIRA DIAS		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079		22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI		23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469		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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	28/08/20		Yuna Ferreira Dias
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00		S	28/08/20		Yuna Ferreira Dias
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 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 28/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/20 Yuna Ferreira Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



357139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/20	4-Data de Autorização 28/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7788785	7-Data Validade da Senha 12/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252991340000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome YUNA FERREIRA DIAS		14-Telefone 02/02/1994	15-Nome do titular do plano YUNA FERREIRA DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100218 (III) 85100200
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469	28-UF DF	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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	ODM	1	12200	0,00		S	28/08/20		Yuna F. Dias
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	12200	0,00		S	/ /		Yuna F. Dias
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8800	0,00		S	/ /		
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 33200	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 28/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/20 Yuna Ferreira Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



357136
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/2011	4-Data de Autorização 28/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7788765	7-Data Validade da Senha 12/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 00202529913400000101		13-Nome YUNA FERREIRA DIAS		14-Telefone 02/02/1994		15-Nome do titular do plano YUNA FERREIRA DIAS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 11469		19-UF DF		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079		22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI		23-Número no CRO 11469	
24-UF DF		25-Código CNES (i) 85100200		26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469		28-UF DF	
29-Código CBO S (i) 85100200									

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00	S	28/08/2011			Yuna Ferreira Dias
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00	S	28/08/2011			Yuna Ferreira Dias
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 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tota 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 28/08/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2011 Yuna Ferreira Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



358774
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 21/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7795981	7-Data Validade da Senha 16/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202507811900345401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROGERIO GOMES HERCULANO	14-Telefone 06/02/1978	15-Nome do titular do plano ROGERIO GOMES HERCULANO
------------------------------------	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079		22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI		23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI				27-Número no CRO 11469	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-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	18		1	73,00	0,00		S	21/08/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	21/08/20		
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 87,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



358787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7796039	7-Data Validade da Senha 16/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529881900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome THAYS DE SOUSA LIMA BRAGA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAYS DE SOUSA LIMA BRAGA
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
--	---	---------------------------	-------------	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI	27-Número no CRO 11469	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
1-00	82000816	EXODONTIA A RETALHO	46		1	73,00	0,00		S	20/08/20		Thays
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	20/08/20		Thays
3-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	20/08/20		Thays
4-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	20/08/20		Thays
5-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	20/08/20		Thays
6-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	20/08/20		Thays
7-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMDS		1	14,00	0,00		S	20/08/20		Thays
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 334,00	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 20/08/20 Catieli Girardi Cirurgia - Dentista CRO DF 11.469	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/20 Thays Cirurgia - Dentista CRO DF 11.469	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 20/08/20 Catieli Girardi Cirurgia - Dentista CRO DF 11.469	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



360327
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 27/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7803087	7-Data Validade da Senha 18/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202507811900345402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ELISANGELA DA SILVA GOMES HERCULANO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROGERIO GOMES HERCULANO
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI	27-Número no CRO 11469	28-UF DF	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 ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/08/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/08/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/08/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/08/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/08/20		
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 178,00	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 27/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Catieli Girardi
Cirurgião - Dentista
CRO-DF 11.469



360330
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 21/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7803098	7-Data Validade da Senha 18/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202507811900345402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ELISANGELA DA SILVA GOMES HERCULANO	14-Telefone () -	15-Data de nascimento 25/03/1977	16-Data Validade do plano ROGERIO GOMES HERCULANO
--	----------------------	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	225 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI	27-Número no CRO 11469		28-UF DF

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	73	00	0,00		S	21/08/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	14	00	0,00		S			
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 87,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
---	--	---	---------------------------------	---------------------------	--

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 21/08/2020 Catieli Girardi	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/08/2020 Catieli Girardi	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/2020 Elisangela da Silva Gomes Herculano	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--