

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO LTDA - ME

CNPJ: 08276854000107 (CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4775/DF

Cirurgião Dentista: (13341) - PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
477082 - I	CLAUDIO SALAZAR SOUSA (00202534309000000101)		15/02/2021	122	0.3	R\$ 36,60
478014 - I	SIMONE NOGUEIRA DE OLIVEIRA SANTOS (00202526867800040402)		17/02/2021	178	0.3	R\$ 53,40
491891 - I	TAMIRYS ALVES DE FREITAS (002025351154000000101)		05/03/2021	88	0.3	R\$ 26,40
500197 - I	VITORIA DA SILVA FERREIRA (002025334697000000101)		16/03/2021	176	0.3	R\$ 52,80
505124 - I	LUCIANO ALVES DE SANTANA (002025363760000000101)		22/03/2021	258	0.3	R\$ 77,40
505617 - I	LUCIANO ALVES DE SANTANA (002025363760000000101)		22/03/2021	149	0.3	R\$ 44,70
514600 - I	CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA (002025349510000000101)		05/04/2021	122	0.3	R\$ 36,60
515220 - I	FELIPE ARAUJO DE SOUZA (00202511178100009301)		05/04/2021	144	0.3	R\$ 43,20
515437 - I	VITORIA DA SILVA FERREIRA (002025334697000000101)		05/04/2021	333	0.3	R\$ 99,90
521008 - I	CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA (002025349510000000101)		12/04/2021	149	0.3	R\$ 44,70
521211 - I	INGRID OLIVEIRA SOARES (002025314545000000101)		12/04/2021	88	0.3	R\$ 26,40
522686 - I	LUCIANO XAVIER DA SILVA (002025314105000000101)		14/04/2021	73	0.3	R\$ 21,90
524527 - I	CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA (002025349510000000101)		15/04/2021	264	0.3	R\$ 79,20
532118 - I	FRANCISCA NETA CARVALHO DA MOTA (002025355541000000101)		23/04/2021	178	0.3	R\$ 53,40
537282 - I	CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA (002025349510000000101)		29/04/2021	210	0.3	R\$ 63,00

Totalizador

Nº de USOs: 2532
Nº de atendimentos: 15
Valor: R\$ 759,60

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 2532
Nº de atendimentos: 15
Valor: R\$ 759,60

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 2532
Nº de atendimentos: 15
Valor: R\$ 759,60

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: 03/05/2021 10:24

Página 1 de 1



505617
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/03/21	4-Data de Autorização 25/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8411026	7-Data Validade da Senha 20/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536376000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANO ALVES DE SANTANA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANO ALVES DE SANTANA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	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	23	V	1	61,00	0,00		S	05/04/21		Patricia Galvão
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VD	1	88,00	0,00		S	05/04/21		Patricia Galvão
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 149,00	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 05/04/21 - SP - Patricia Galvão CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/04/21 - SP - Patricia Galvão CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/21 - Luciano Alves de Santana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



514600
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/04/21		4-Data de Autorização 05/04/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8447983		7-Data Validade da Senha 04/07/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202534951000000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA											
14-Telefone () - /											
15-Nome do titular do plano CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES				18-Número no CRO 4775		19-UF DF		20-Código CBO S 03	
						23-Número no CRO 4775		24-UF DF		25-Código CNES	
						27-Número no CRO 4775		28-UF DF		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES											
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	38	O	1	61,00	0,00		S	09/04/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	09/04/21		
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 122,00		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 09/04/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/04/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/04/21 Claudia Fernanda				53-Data, local e Carimbo da Empresa			

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



537282
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/04/21	4-Data de Autorização 29/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8535022	7-Data Validade da Senha 28/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534951000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	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	15	MDO	1	122,00	0,00		S	29/04/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	29/04/21		
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 210,00	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
ARC de 15 no 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º 13º 14º 15º

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/04/2021 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/04/2021 Claudia Fernanda	52-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	-------------------------------------



500197
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/03/21	4-Data de Autorização 07/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8390412	7-Data Validade da Senha 14/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533469700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VITORIA DA SILVA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VITORIA DA SILVA FERREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 85100200

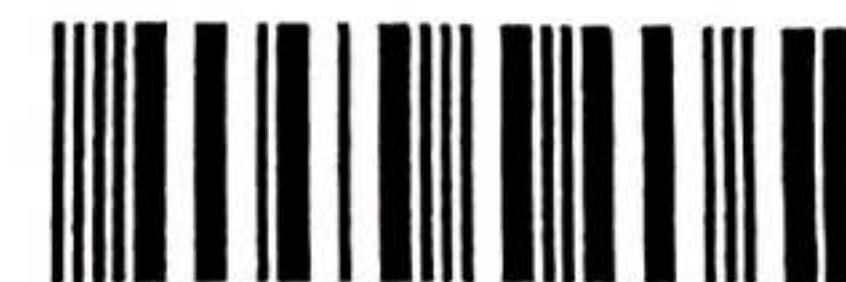
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	26	OP	1	88,00	0,00		S	20/04/21		Xistônia
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S	20/04/21		*Xistônia
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\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 20/04/21 Dr. Patrícia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 20/04/21 Dr. Patrícia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21 Xistônia da Silva Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



532118
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 2 7 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8514953	7-Data Validade da Senha 2 2 / 0 7 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 5 4 1 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCA NETA CARVALHO DA MOTA 18/07/1985		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA NETA CARVALHO DA MOTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 2 3 5 5 2 4 1 1 0 4	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	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 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4,0 0	0,0 0		S	27/04/2011		XFrancisca
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6,0 0	0,0 0		S	27/04/2011		XFrancisca
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6,0 0	0,0 0		S	27/04/2011		XFrancisca
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6,0 0	0,0 0		S	27/04/2011		XFrancisca
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6,0 0	0,0 0		S	27/04/2011		XFrancisca
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 1 7 8,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	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 27/04/2011 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implantação CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/04/2011 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implantação CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/04/2011 Francisco	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



515437
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/04/21	4-Data de Autorização 06/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8451318	7-Data Validade da Senha 04/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253346970000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VITORIA DA SILVA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VITORIA DA SILVA FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-14
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	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-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00			08/04/21		Patricia Galvão
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 333,00	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 08/04/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2518	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/04/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2518	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/21 Vitoria da Silva CRO-DF 4775 IE 2518	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



524527
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/04/21	4-Data de Autorização 22/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8487505	7-Data Validade da Senha 14/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253495100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	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	21	VM	1	88,00	0,00		S	23/04/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	88,00	0,00		S	23/04/21		
X	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	19	VM	1	88,00	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 264,00	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: *Dente 13 Galvão*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/21 <i>Dr. Patricia Galvão</i> Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 23/04/21 <i>Claudia Fernanda</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	-------------------------------------



DAN

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/21	4-Data de Autização 14/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8480483	7-Data Validade da Senha 13/07/21	522686 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202531410500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANO XAVIER DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANO XAVIER DA SILVA	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO						18-Número no CRO 4775		19-UF DF		20-Código CBO S 03		025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104				22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES				23-Número no CRO 4775		24-UF DF		25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES						27-Número no CRO 4775		28-UF DF		29-Código CBO S								

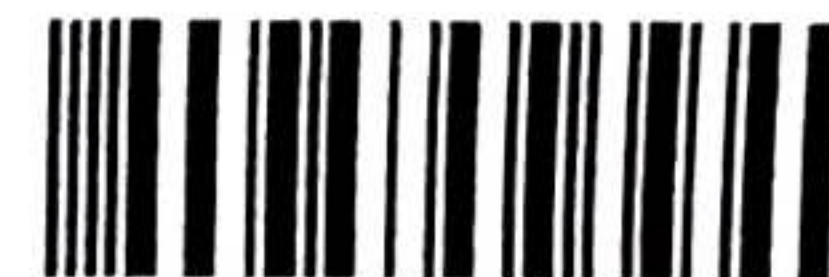
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	27		1	73,00	0,00			16/04/21		x de mas
2-												
3-												
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 73,00	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
Elemento indicado para exodontia por apresentar mobilidade grau III impossibilitando o tratamento conservador.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/04/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/04/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/04/21 x de mas	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/03/21	4-Data de Autorização 25/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8407295	7-Data Validade da Senha 20/06/21	505124 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202536376000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANO ALVES DE SANTANA 06/05/1974			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANO ALVES DE SANTANA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO		18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200168-13
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES				27-Número no CRO 4775	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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13		1	258,00	0,00		S	05/04/21		Luciano
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 258,00	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 05/10/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO/DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO/DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/21 Luciano	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	---	--



521211
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 1 2 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8474406	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 7 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 4 5 4 5 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome INGRID OLIVEIRA SOARES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano INGRID OLIVEIRA SOARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 2 3 5 5 2 4 1 1 0 4	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	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 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	8 8,00	0,00			13/04/21		Ingrid
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 8 8,00	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 13/04/21 Drª Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/21 Drª Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21 Ingrid Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



521008
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 1 2 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8473511	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 7 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 9 5 1 0 0 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO		18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 2 3 5 5 2 4 1 1 0 4		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES				27-Número no CRO 4775	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	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DV	1	8 8,0 0	0,0 0		S	20/04/21		
2	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6 1,0 0	0,0 0		S	20/04/21		
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 1 4 9,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	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 20/04/21 Dr. Patricia Galvão CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21 Claudia Fernanda	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



515220
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/04/21	4-Data de Autorização 06/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8450298	7-Data Validade da Senha 04/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511178100009301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FELIPE ARAUJO DE SOUZA		14-Telefone 20/08/1984	15-Nome do titular do plano FELIPE ARAUJO DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	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	06/04/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/04/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/04/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID		1	36,00	0,00		S	06/04/21		
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 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 06/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Patricia Galvão
Especialista em Implante
CRO-DF 4775/E 2519

Dr. Patricia Galvão
Especialista em Implante
CRO-DF 4775/E 2519

Felipe Araujo