

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2021

Razão Social: ROBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DE BRASILIA LTDA

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

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17603) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Afos	Vlr USO Coop.	Total
529651 - I	IURIS MARQUES PAPAANI (00202525867400000102)		22/04/2021	112	0.71	R\$ 79,52
529688 - I	IURIS MARQUES PAPAANI (00202525867400000102)		22/04/2021	42	0.71	R\$ 29,82

Totalizador					
N° de USOs:					154
N° de atendimentos:					2
Valor:					R\$ 109,34

Totalizador da Operadora					
N° de USOs:					154
N° de atendimentos:					2
Valor:					R\$ 109,34

Totalizador da Clínica					
N° de USOs:					154
N° de atendimentos:					2
Valor:					R\$ 109,34

Robrás Radiologia Odontologica de Brasília Ltda
CNPJ: 32.910.853/0001 - 57

Robrás Radiologia Odontológica de Brasília Ltda
CNPJ: 32.910.853/0001 - 57

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: 27/05/2021 11:12

Página 1 de 1

529651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2014	4-Data de Autorização 30/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8508607	7-Data Validade da Senha 21/10/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525867400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IURIS MARQUES PAPAANI		14-Telefone (61) 91718-9293	15-Nome do titular do plano ELEUZA MARQUES DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000421-RIS
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd
1-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1400	000
2-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1400	000
3-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1400	000
4-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1400	000
5-0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1400	000
6-0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1400	000
7-0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1400	000
8-0081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1400	000
9-0000000000					
10-0000000000					
11-0000000000					
12-0000000000					
13-0000000000					
14-0000000000					
15-0000000000					
43-Data Previsto Término do Tratamento 30/10/2014	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 11200	47-Valor Total RS 0000	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), 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 Redido unido no site					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 30/10/2014 Dr. Frederico Fenelon Guimaraes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2014 p. J. J. J.	53-Data, local e Assinatura do Responsável 30/10/2014 p. J. J. J.		

529688
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2014	4-Data de Autorização 30/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8508654	7-Data Validade da Senha 21/10/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525867400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IURIS MARQUES PAPAANI		14-Telefone (61) 91718-9293	15-Nome do titular do plano ELEUZA MARQUES DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RICIE
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd
1-0081000421	RX PERIAPICAL	RCID	1	1400	000
2-0081000421	RX PERIAPICAL	RRI	1	1400	000
3-0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE	1	1400	000
4-0000000000					
5-0000000000					
6-0000000000					
7-0000000000					
8-0000000000					
9-0000000000					
10-0000000000					
11-0000000000					
12-0000000000					
13-0000000000					
14-0000000000					
15-0000000000					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 4200	47-Valor Total RS 0000	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), 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 Redido unido no site					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 30/10/2014 Dr. Frederico Fenelon Guimaraes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2014 p. J. J. J.	53-Data, local e Assinatura do Responsável 30/10/2014 p. J. J. J.		