

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2020

Razão Social: ADYANA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

CNPJ: 28878051000130 (ADYANA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 73956/SP

Cirurgião Dentista: (15604) - DANIELA FERNANDES DE BARROS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
277815 - I	DANIEL BATISTA DOS SANTOS (00202510550601616002)		27/01/2020	603	0.4	R\$ 241,20
313603 - I	DIEGO ALVES PEDRO (00202510550601467603)		15/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
313616 - I	DIEGO ALVES PEDRO (00202510550601467603)		15/05/2020	140	0.4	R\$ 56,00
289481 - I	GENIEL FELIX ESTEVAM (00202510550600417102)		17/02/2020	34	0.4	R\$ 13,60
289501 - I	GENIEL FELIX ESTEVAM (00202510550600417102)		17/02/2020	140	0.4	R\$ 56,00
267490 - I	GILMARA ALVES DA SILVA (00202510550601298501)		08/01/2020	61	0.4	R\$ 24,40
267496 - I	GILMARA ALVES DA SILVA (00202510550601298501)		08/01/2020	61	0.4	R\$ 24,40
293626 - I	HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES (00202510550601253704)		28/02/2020	34	0.4	R\$ 13,60
293632 - I	HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES (00202510550601253704)		28/02/2020	140	0.4	R\$ 56,00
297122 - I	JOSIANE GONCALVES DOS SANTOS (00202527370600000101)		06/03/2020	122	0.4	R\$ 48,80
316481 - I	LEANDRO SILVA DE ALBUQUERQUE (00202522597200008001)		25/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
312180 - I	LUCAS EDUARDO DA SILVA (00202510550601712602)		11/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
312200 - I	LUCAS EDUARDO DA SILVA (00202510550601712602)		11/05/2020	140	0.4	R\$ 56,00
314271 - I	LUCAS EDUARDO DA SILVA (00202510550601712602)		18/05/2020	122	0.4	R\$ 48,80
289475 - I	LUCIENE DA SILVA (00202510550600417101)		17/02/2020	34	0.4	R\$ 13,60
289495 - I	LUCIENE DA SILVA (00202510550600417101)		17/02/2020	140	0.4	R\$ 56,00
297099 - I	MARA LUCIA LEITE CRAVO (00202510550601805601)		06/03/2020	34	0.4	R\$ 13,60
297113 - I	MARA LUCIA LEITE CRAVO (00202510550601805601)		06/03/2020	140	0.4	R\$ 56,00
311634 - I	PAMELA ROBERTA DE MELO MAXIMIANO (00202507517100030501)		08/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
311655 - I	PAMELA ROBERTA DE MELO MAXIMIANO (00202507517100030501)		08/05/2020	140	0.4	R\$ 56,00
244028 - I	RUDINEIA LORENZONI RODRIGUES (00202510550600793702)		04/11/2019	34	0.4	R\$ 13,60
300953 - I	SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701)		13/03/2020	34	0.4	R\$ 13,60
300985 - I	SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701)		13/03/2020	140	0.4	R\$ 56,00
300987 - I	SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701)		13/03/2020	61	0.4	R\$ 24,40
313628 - I	WALMIR OLIVEIRA PEDRO (00202510550601467601)		15/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
313637 - I	WALMIR OLIVEIRA PEDRO (00202510550601467601)		15/05/2020	140	0.4	R\$ 56,00

Totalizador

N° de USOs: 2664

N° de atendimentos: 26

Valor: R\$ 1.065,60

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: 29/05/2020 14:12

Página 1 de 2



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011 4-Data de Autorização 12/09/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7565747 7-Data Validade da Senha 13/10/2018 8-Data Validade da Guia 13/10/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010121025101510601467603 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome DIEGO ALVES PEDRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS 18-Número no CRO 73956 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191294823151634 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 23-Número no CRO 73956 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 27-Número no CRO 73956 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 Glor	42-Assinatura
1-010	840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5,10,0	0,10,10		S	29/05/20		
2-010	840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5,10,0	0,10,10		S	29/05/20		
3-010	840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	1	3,5,10,0	0,10,10		S	29/05/20		
4-010	840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	0,10,10		S	29/05/20		
5-010												
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												
43-Data Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/01/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1140,10,10	0,10,10								

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(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 29/11/2011 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/2015 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/2015 53-Data local e Carimbo da Empresa 29/11/2015

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

313616
INTERCAMBIO

2-N^oDados do Beneficiário[illegible]

DIEGO ALVES PEDRO	() () () - () () () ()	WALMIR OLIVEIRA PEREIRA
08/10/1999		
US-NDM		

18-Número no CRC	19-UF	20-Código CBO S
------------------	-------	-----------------

[illegible]

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código de Cessão
0.2.9.4.8.2.3.5.6.3.4.1.1.1	DANIELA FERNANDES DE BARROS	73956	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-U/F	29-Código CBO S
	73956	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data
37-Valor			

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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]

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]

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]

☐	1-Traumatismo Otorrinológico	☐	2-Exame Radiológico	☐	3-Ortodontia	☐	4-Urgência/Emergência
--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os aspectos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, atendo e autorizo a empresa e/ou profissional(s) nomeado(s) e por mim assinado(s), fui/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional(s) nomeado(s) e/ou profissional(s) contratado(s) a quantia de R\$ _____ (_____) para a realização do tratamento.

contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) usual(ais) de uma operação de comércio exterior, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

	53-Data local e Carimbo da Empresa
	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
IV - Assinatura do Cuidador(a) Benfiteciário	

50. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	29/10/2010	Dr. J. J. J. J.
51. Data local e Assinatura do Solicitante	29/10/2010	Dr. J. J. J. J.