

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA ODONTO-DENT LTDA - ME (TAGUATINGA)

CNPJ: 03219684000105 (ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4992/DF

Cirurgião Dentista: (2247) - YEDA ALMEIDA RODRIGUES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
293394 - I	ERISVALDO DE OLIVEIRA SILVA (00202528910800000101)		28/02/2020	576	0.38	R\$ 218,88

Totalizador	
Nº de USOs:	576
Nº de atendimentos:	1
Valor:	R\$ 218,88

Totalizador da Operadora	
Nº de USOs:	576
Nº de atendimentos:	1
Valor:	R\$ 218,88

Totalizador da Clínica	
Nº de USOs:	576
Nº de atendimentos:	1
Valor:	R\$ 218,88

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: 04/05/2020 16:23

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1*

293394
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2020	4-Data de Autorização 10/03/2020	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7438328	7-Data Validade de Emissão 21/01/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202528910800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ERISVALDO DE OLIVEIRA SILVA			14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano ERISVALDO DE OLIVEIRA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61112820111001		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES			27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S
30-Envio - RX (I) 85100200 (II) 85100218 (I) 85100218 (II) 85100218					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1
2-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVP	1
3-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDP	1
4-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVP	1
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data de 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\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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					
51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável					
52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					