

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Razão Social: PONTO DE CONTATO CLINICA DENTARIA LTDA - ME

CNPJ: 07783748000157 (DENTALRIO EMERGENCIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 19601/RJ

Cirurgião Dentista: (13245) - ALARICO GANDOUR FILHO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
336540 - I	ANDERSON CAPELLA CARVALHO (00202520528900005702)		08/07/2020	42	1.5	R\$ 63,00
339978 - I	WALMIR SOARES VALE JUNIOR (00202530825800000102)		15/07/2020	42	1.5	R\$ 63,00
340312 - I	PRISCILA APARECIDA LINO DORES DE SOUZA (00202530814500000101)		16/07/2020	42	1.5	R\$ 63,00
348736 - I	ALINE LOPES CEZION DE OLIVEIRA (00202527882600000101)		30/07/2020	42	1.5	R\$ 63,00
348851 - I	FERNANDA PAULETTI ZANIVAN HIRANO (00202507367000005502)		30/07/2020	50	0.3	R\$ 15,00
348851 - I	FERNANDA PAULETTI ZANIVAN HIRANO (00202507367000005502)		30/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
348887 - I	TATIANA SOARES DO NASCIMENTO (00202525307100064801)		30/07/2020	50	0.3	R\$ 15,00
348887 - I	TATIANA SOARES DO NASCIMENTO (00202525307100064801)		30/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00

Totalizador						
					Nº de USOs:	336
					Nº de atendimentos:	6
					Valor:	R\$ 384,00

Totalizador da Operadora						
					Nº de USOs:	336
					Nº de atendimentos:	6
					Valor:	R\$ 384,00

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 19601/RJ

Cirurgião Dentista: (13245) - ALARICO GANDOUR FILHO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
333722 - I	ELAINE LA MARCA DE CASTRO (00379994063857160)		03/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
334813 - I	SUELEM SOARES ROCHA (00370000026826901)		06/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
335966 - I	NAIR CAROLINE CAVALCANTI DE ME (00379994059569503)		08/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
338429 - I	RAYANE CABRAL DE CARVALHO (00379994062970817)		13/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
343400 - I	NADYA CORREA MENEZES MAGALHAES (00370000008071457)		22/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
346463 - I	ALESSANDRA LEAL FRIAS GOMES (00370000028627205)		27/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
346753 - I	MARIA CRISTINA MARTINS LAGE (00370000026342564)		28/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
347200 - I	DENILSON MORAES MOREIRA (00379994064907144)		28/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
348004 - I	GUSTAVO MACHADO PERDIGAO (00370000026147990)		29/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00

Totalizador						
					Nº de USOs:	306
					Nº de atendimentos:	9
					Valor:	R\$ 459,00

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: 01/08/2020 09:09

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Totalizador da Operadora

Nº de USOs:	306
Nº de atendimentos:	9
Valor:	R\$ 459,00

Totalizador da Clínica

Nº de USOs:	642
Nº de atendimentos:	15
Valor:	R\$ 843,00

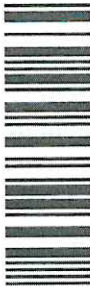
IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/08/2020 09:09



2-Nº



348887
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
348887

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

[illegible]

3-Data de Emissão da Guia
131011017112101

1-Registro ANS
406414

13- Nome TATIANA SOARES DO NASCIMENTO	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
11- Data Validade da Cadeira _/_/__/__/_/___	10- Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS
9- Plano POS REDE PRESTADORA	8- Número da Cadeira 0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 7 1 0 0 0 6 4 8 0 1 1
14- Telefone (_) _ _ _ _ _	15- Nome do titular do plano TATIANA SOARES DO NASCIMENTO
24/06/1980	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
N		ALARICO GANDOUR FILHO		19601		RJ		025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF				22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF	
1 0 1 6 4 3 9 2 8 8 2				ALARICO GANDOUR FILHO		19601		RJ	
25-Nome do Profissional Excitante				26-Número no CRO		27-UF		28-Código CBO S	
ALARICO GANDOUR FILHO				19601		RJ		29-Código CBO S	
Enviar - RX (I) 85200085-44									

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										32-Descrição		34-Face	35-Odd	36-Quantidade US		37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$		39-Jul	40-Data de Realização		41- Motivo da Glosa		42-Assinatura																								
										30-Tabella	31-Código de Procedimento																																					
1	-	0	0	1	8	5	2	0	0	0	8	5												REST TEMP TRAT EXPECTANTE	44																					30/07/2020		
2	-	0	0	1	8	1	0	0	0	0	5	7												CONSULTA ODONTOLÓGICA DE																					30/07/2020			
3	-																																															
4	-																																															
5	-																																															
6	-																																															
7	-																																															
8	-																																															
9	-																																															
10																																																
11																																																
12																																																
13																																																
14																																																

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 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
--	---	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

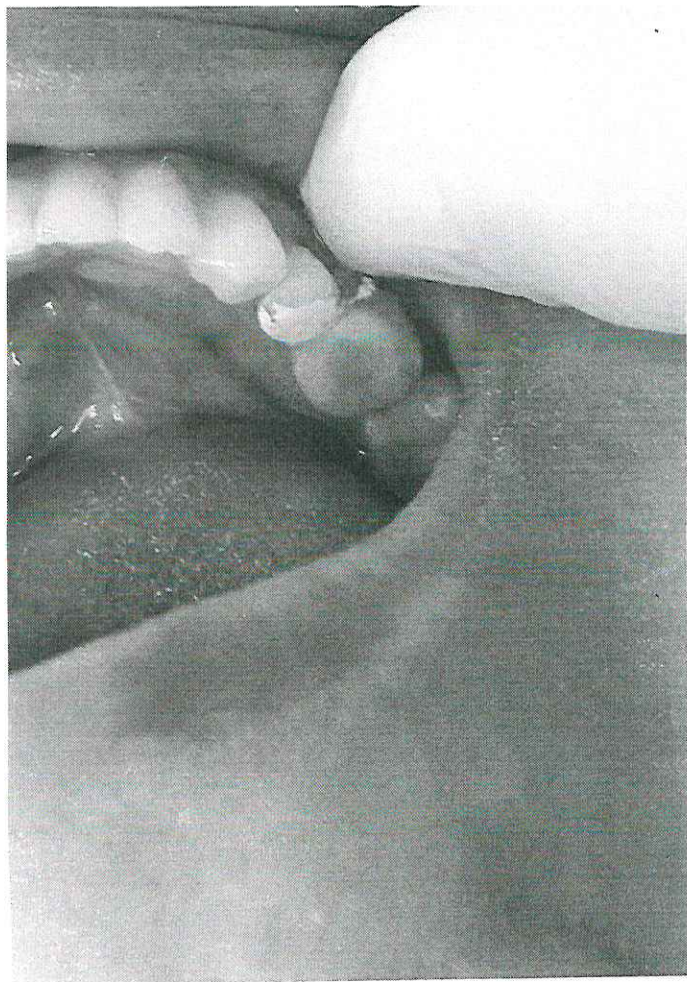
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), b(ol)aram realizado(s), b(ol) foram realizado(s) e arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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), b(ol) foram realizado(s), b(ol) foram realizado(s) e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

initial



final





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N²

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	4-Data de Autorização 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 348851	7-Data Validade da Sentença 12 8 / 1 0 / 2 0
----------------	--	--	--	---	---

348851
INTERCAMBIO

Nome do Beneficiário	Nome da Empresa	Data de Validade da Carteira	Número do Cartão Nacional de Saúde
José do Beneficiário	NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11/11/11	
8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Nome do titular do plano
0102021507367000005502	POS REDE PRESTADORA	NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	RICARDO HIROSHI HIRANO
13-Data de Nascimento	14-Telefone	15-Nome do titular do plano	
11/01/1985	(41) 9891-12979		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CRO S	
N		ALARICO GANDOUR FILHO		19601		RJ			
16-Autenticação a RN									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código ONES	
1101161392182111		ALARICO GANDOUR FILHO		19601		RJ			
26-Nome do Profissional Executante				27-Número no CRO		28-UF		29-Código CRO S	
				19601		RJ			

[illegible]

☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência

☐ 1-Total ☒ 2-Parcial

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(o)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 devidos pelo tratamento, conforme previsto em contrato.

[illegible]

Dr. Afonso Gaudour Filho
Responsável Técnico
CPO-RJ 19601

