

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

|            |                                                     |            |     |      |           |
|------------|-----------------------------------------------------|------------|-----|------|-----------|
| 427575 - I | PAMELA PEREIRA MIRANDA (00202532111500000102 )      | 25/11/2020 | 14  | 0.71 | R\$ 9,94  |
| 427581 - I | RAILLA PEREIRA MIRANDA (00202532111500000103 )      | 25/11/2020 | 14  | 0.71 | R\$ 9,94  |
| 423125 - I | RAYSSA HOLANDA DE FARIAS (00202533310300000101 )    | 19/11/2020 | 78  | 0.58 | R\$ 45,24 |
| 423125 - I | RAYSSA HOLANDA DE FARIAS (00202533310300000101 )    | 19/11/2020 | 28  | 0.71 | R\$ 19,88 |
| 437871 - I | SILDILANE DOS SANTOS SANTOS (00202533878200000103 ) | 09/12/2020 | 78  | 0.58 | R\$ 45,24 |
| 437871 - I | SILDILANE DOS SANTOS SANTOS (00202533878200000103 ) | 09/12/2020 | 70  | 0.71 | R\$ 49,70 |
| 438963 - I | TABATA KLEIN ROCHA (00202534212100000101 )          | 11/12/2020 | 112 | 0.71 | R\$ 79,52 |
| 439259 - I | TABATA KLEIN ROCHA (00202534212100000101 )          | 11/12/2020 | 28  | 0.71 | R\$ 19,88 |

## Totalizador

Nº de USOs: 3172  
Nº de atendimentos: 31  
Valor: R\$ 1.983,98

## Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 3172  
Nº de atendimentos: 31  
Valor: R\$ 1.983,98

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (16292) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

| Guia       | Nome                                               | Não Paga | Dt. Guia   | USOs Atos | Vlr USO Coop. | Total      |
|------------|----------------------------------------------------|----------|------------|-----------|---------------|------------|
| 433935 - I | ANTONIO DE JESUS FILHO (00370000007178959 )        |          | 03/12/2020 | 78        | 0.58          | R\$ 45,24  |
| 433935 - I | ANTONIO DE JESUS FILHO (00370000007178959 )        |          | 03/12/2020 | 42        | 0.71          | R\$ 29,82  |
| 434048 - I | LEILA MARIA MEIRELLES PEREIRA (00379994063208900 ) |          | 03/12/2020 | 78        | 0.58          | R\$ 45,24  |
| 434048 - I | LEILA MARIA MEIRELLES PEREIRA (00379994063208900 ) |          | 03/12/2020 | 126       | 0.71          | R\$ 89,46  |
| 427051 - I | RYANE CONCENCIO ISMERIO (003700000027358979 )      |          | 25/11/2020 | 222       | 0.54          | R\$ 119,88 |
| 427051 - I | RYANE CONCENCIO ISMERIO (003700000027358979 )      |          | 25/11/2020 | 78        | 0.58          | R\$ 45,24  |
| 434979 - I | THAIS DOS SANTOS PERIM (003700000020266475 )       |          | 04/12/2020 | 78        | 0.58          | R\$ 45,24  |

## Totalizador

Nº de USOs: 702  
Nº de atendimentos: 4  
Valor: R\$ 420,12

## Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 702  
Nº de atendimentos: 4  
Valor: R\$ 420,12

## Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 3874  
Nº de atendimentos: 35  
Valor: R\$ 2.404,10

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: 28/12/2020 16:32

Página 2 de 2



433935  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/12/20 | 4-Data de Autorização<br>03/12/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50210707 | 7-Data Validade da Senha<br>03/03/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                            |                                |                                         |                                                       |                                                          |
|--------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>003700000007178959 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>706705536264610 |
| 13-Nome<br>ANTONIO DE JESUS FILHO          |                                | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do titular do plano<br>ANTONIO DE JESUS FILHO |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                   |                                                                                      |                          |             |                       |                                              |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM | 18-Número no CRO<br>4930 | 19-UF<br>DF | 20-Código CBO S<br>09 | 801 -<br>Faturar Empresa                     |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78334330120                | 22-Nome do Contratado Executante<br>FREDERICO FENELON GUIMARAES                      | 23-Número no CRO<br>4930 | 24-UF<br>DF | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(I) 81000405 (I) 81000421-RIS |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FREDERICO FENELON GUIMARAES |                                                                                      | 27-Número no CRO<br>4930 | 28-UF<br>DF | 29-Código CBO S       | (I) 81000375-RMD<br>(I) 81000375-RME         |

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-        | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA   |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/12/20              |                    |               |
| 2-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/12/20              |                    |               |
| 3-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/12/20              |                    |               |
| 4-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RIS             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/12/20              |                    |               |
| 5-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>05/12/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>120,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 | Dr. Frederico Fenelon |
|---------------|-----------------------|

|                                                                      |                                                                            |                                                                       |                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/12/20 Radiologista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/12/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>05/12/20 CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTD CNPJ: 03.628.122/0001-15 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



434048  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/12/20 | 4-Data de Autorização<br>03/12/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50210747 | 7-Data Validade da Senha<br>03/03/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                          |                                |                                         |                                                              |                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0037994063208900 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>898004739037183 |
| 13-Nome<br>LEILA MARIA MEIRELLES PEREIRA |                                | 14-Telefone<br>(161) 9364-06624         | 15-Nome do titular do plano<br>LEILA MARIA MEIRELLES PEREIRA |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                   |                                                                                      |                          |             |                       |                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM | 18-Número no CRO<br>4930 | 19-UF<br>DF | 20-Código CBO S<br>09 | 801 -<br>Faturar Empresa                                                                                                                                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78334330120                | 22-Nome do Contratado Executante<br>FREDERICO FENELON GUIMARAES                      | 23-Número no CRO<br>4930 | 24-UF<br>DF | 25-Código CNES        | Enviar - RX                                                                                                                                                     |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FREDERICO FENELON GUIMARAES |                                                                                      | 27-Número no CRO<br>4930 | 28-UF<br>DF | 29-Código CBO S       | (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421-RII (I) 81000421-RPSE<br>(I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPIE<br>(I) 81000421- (I) 81000421-RPID (I) 81000421- |

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-        | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/12/20              |                     |               |
| 2-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RMSD            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/12/20              |                     |               |
| 3-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPSD            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/12/20              |                     |               |
| 4-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RMSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/12/20              |                     |               |
| 5-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RMID            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/12/20              |                     |               |
| 6-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPID            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/12/20              |                     |               |
| 7-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RII             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/12/20              |                     |               |
| 8-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/12/20              |                     |               |
| 9-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RMIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/12/20              |                     |               |
| 10-       | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/12/20              |                     |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                              |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>04/12/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>204,00 | 47-Valor Total R\$<br>134,70 | 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<br>04/12/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista<br>04/12/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>04/12/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>04/12/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Frederico Fenelon

CRO-DF 4930  
Radiologista

Clinica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda  
CNPJ: 03.628.122/0001 - 15



427051  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>25/11/20 | 4-Data de Autorização<br>25/11/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50208364 | 7-Data Validade da Senha<br>23/10/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                                  |  |                                |                                      |                                                        |                                                          |
|--------------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0037000027358979         |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ALIANCA ADMINISTRADORA | 11-Data Validade da Carteira<br>////                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>702004844405587 |
| 13-Nome<br>RYANE CONCENCIO ISMERIO<br>20/07/1987 |  |                                | 14-Telefone<br>(161) 9959-6012       | 15-Nome do titular do plano<br>RYANE CONCENCIO ISMERIO |                                                          |

|                                                                   |  |                                                                                      |  |                          |             |                       |                             |
|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM |  | 18-Número no CRO<br>4930 | 19-UF<br>DF | 20-Código CBO S<br>09 | 801 -<br>Faturar Empresa    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78334330120                |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>FREDERICO FENELON GUIMARAES                      |  | 23-Número no CRO<br>4930 | 24-UF<br>DF | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(1) 81000405 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FREDERICO FENELON GUIMARAES |  |                                                                                      |  | 27-Número no CRO<br>4930 | 28-UF<br>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-        | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/11/20              |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 2-        | 0081000294                | LEVANTAMENTO           |                 |         | 1      | 22,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/11/20              |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                  |                              |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>26/11/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>300,00 | 47-Valor Total R\$<br>169,90 | 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<br>26/11/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>26/11/20 Frederico Fenelon<br>Radiologista<br>CRO-DF 4930 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/11/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>26/11/20 Alianca 25 Radiologia Odontologica Fenelon Ltda.<br>03.628.122/0001-15 |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



434979  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>04/12/20 | 4-Data de Autorização<br>04/12/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50211021 | 7-Data Validade da Senha<br>04/03/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                          |                                |                                         |                                                       |                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0037000020266475 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700008633694403 |
| 13-Nome<br>THAIS DOS SANTOS PERIM        |                                | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do Titular do plano<br>THAIS DOS SANTOS PERIM |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                   |                                                                                      |                          |             |                       |                             |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------------|
| 16-Alendimento a RN<br>N                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM | 18-Número no CRO<br>4930 | 19-UF<br>DF | 20-Código CBO S<br>09 | 801 -<br>Faturar Empresa    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78334330120                | 22-Nome do Contratado Executante<br>FREDERICO FENELON GUIMARAES                      | 23-Número no CRO<br>4930 | 24-UF<br>DF | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(I) 81000405 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FREDERICO FENELON GUIMARAES |                                                                                      | 27-Número no CRO<br>4930 | 28-UF<br>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-        | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | S      | 07/12/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                                                                |                                                                                 |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>07/12/20 | 44-Tipo de Atendimento<br><input checked="" type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input checked="" type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>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

/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

07/12/20

Dr. Frederico Fenelon  
Radiologista  
CRO-DF 4930

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

07/12/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

07/12/20

Clinica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda.  
03.628.1220001-15