

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: DIGIDOC RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 01258895000121 (FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4839/DF

Cirurgião Dentista: (16346) - MAURICIO BARRIVIERA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
368292 - I	CAMILA PALATUCCI ARANTES (00202529673400000101)		02/09/2020	222	0.54	R\$ 119,88
368294 - I	LUIZ CLAUDIO DE OLIVEIRA FRANCAZ (00202529673400000102)		02/09/2020	222	0.54	R\$ 119,88
415351 - I	SARA MELLO BORGES RIBEIRO (00202530876000000104)		10/11/2020	381	0.4	R\$ 152,40
415351 - I	SARA MELLO BORGES RIBEIRO (00202530876000000104)		10/11/2020	56	0.71	R\$ 39,76
422125 - I	CLEONICE ALVES DE JESUS (00202532861600000103)		18/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
422125 - I	CLEONICE ALVES DE JESUS (00202532861600000103)		18/11/2020	56	0.71	R\$ 39,76
423764 - I	JANSEN ATAIDES BARROS (00202532840100000101)		20/11/2020	14	0.71	R\$ 9,94
428452 - I	JOSE DE SOUSA DOMINGOS (00202533611200000101)		26/11/2020	222	0.54	R\$ 119,88
428454 - I	MARCELINA MAIA PRUDENCIO (00202533611200000102)		26/11/2020	222	0.54	R\$ 119,88

Totalizador

Nº de USOs: 1473
Nº de atendimentos: 7
Valor: R\$ 766,62

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1473
Nº de atendimentos: 7
Valor: R\$ 766,62

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 4839/DF

Cirurgião Dentista: (16346) - MAURICIO BARRIVIERA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
413917 - I	MARIA DE LOURDES BORGES DOS SA (00379994061899965)		06/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
413921 - I	IARA BORGES DOS SANTOS (00379994061899973)		06/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

Nº de USOs: 156
Nº de atendimentos: 2
Valor: R\$ 90,48

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 156
Nº de atendimentos: 2
Valor: R\$ 90,48

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17602) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
431903 - I	VITORIA DA SILVA FERREIRA (00202533469700000101)		01/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
431903 - I	VITORIA DA SILVA FERREIRA (00202533469700000101)		01/12/2020	42	0.71	R\$ 29,82

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

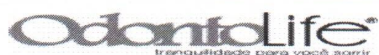
Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 29/12/2020 09:31

Página 1 de 2

Digidoc Radiologia Odontológica

CNPJ: 01.258.895/0001-21



Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

433979 - I	EDJAN JOSE DE OLIVEIRA (00202532861600000101)	03/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
433979 - I	EDJAN JOSE DE OLIVEIRA (00202532861600000101)	03/12/2020	56	0.71	R\$ 39,76
433985 - I	LORENA KELLY ELOY NUNES GONCALVES (00202532861600000102)	03/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
433985 - I	LORENA KELLY ELOY NUNES GONCALVES (00202532861600000102)	03/12/2020	56	0.71	R\$ 39,76
437878 - I	IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR (00202534080900000101)	09/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
437878 - I	IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR (00202534080900000101)	09/12/2020	56	0.71	R\$ 39,76

Totalizador

N° de USOs: 522
N° de atendimentos: 4
Valor: R\$ 330,06

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 522
N° de atendimentos: 4
Valor: R\$ 330,06

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 2151
N° de atendimentos: 13
Valor: R\$ 1.187,16

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: 29/12/2020 09:31

Página 2 de 2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



368292
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 04/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7840884	7-Data Validade da Senha 01/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529673400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAMILA PALATUCCI ARANTES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAMILA PALATUCCI ARANTES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4839	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95800794987	22-Nome do Contratado Executante MAURICIO BARRIVIERA	23-Número no CRO 4839	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAURICIO BARRIVIERA		27-Número no CRO 4839	28-UF 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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	26/11/20		x
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 119,08	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 26/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Camila P. Arantes	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 26/11/20 Mauricio Barriviera
---	---	--	---

Digidos Radiologica Odontologica
CNPJ: 03.258.895/0001-21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



422125
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8066246	7-Data Validação da Senha 16/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532861600000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLEONICE ALVES DE JESUS		14-Telefone 11/01/1960	15-Nome do titular do plano EDJAN JOSE DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4839	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95800794987	22-Nome do Contratado Executante MAURICIO BARRIVIERA	23-Número no CRO 4839	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD
26-Nome do Profissional Executante MAURICIO BARRIVIERA		27-Número no CRO 4839	28-UF 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	25/11/20		x Agnes
2-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	25/11/20		x Agnes
3-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	25/11/20		x Agnes
4-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	25/11/20		x Agnes
5-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	25/11/20		x Agnes
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/20	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 85,00	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 25/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/20
---	---	---	---

Digitalizadora Odontológica
CNPJ: 01.258.959/0001-21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



433979
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8115563	7-Data Validação da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025328616000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDJAN JOSE DE OLIVEIRA		14-Telefone 11/01/1983	15-Nome do titular do plano EDJAN JOSE DE OLIVEIRA	

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 Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000405 (I) 81000375-RPE
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	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF 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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	09/12/20		Edjan J.
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	09/12/20		Edjan J.
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	09/12/20		Edjan J.
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	09/12/20		Edjan J.
5	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	09/12/20		Edjan J.
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/12/20	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 85,00	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 09/12/20 Dr. Frederico Fenelon Guimarães	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20 Dr. Frederico Fenelon Guimarães	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/20 Edjan J. Oliveira	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 09/12/20 Digidoc Radiologia Odontológica CNPJ: 01.258.895/0001-21
---	---	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/20	4-Data de Autorização 11/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8132378	7-Data Validade da Senha 09/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534080900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR 06/01/2000			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR	

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) 81000375-RPD (I) 81000405 (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES				27-Número no CRO 4930	28-UF 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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	11/12/20		IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	11/12/20		IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	11/12/20		IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	11/12/20		IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR
5	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	11/12/20		IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/20	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 85,00	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 11/12/20 Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20 Igor Matheus Pereira Aguiar	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/20 Digidoc Radiologia Odontológica CNPJ: 01.258.895/0001-21
--	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



423764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8073891	7-Data Validade da Senha 18/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253284010000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JANSEN ATAIDES BARROS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JANSEN ATAIDES BARROS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4839	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95800794987	22-Nome do Contratado Executante MAURICIO BARRIVIERA	23-Número no CRO 4839	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante MAURICIO BARRIVIERA		27-Número no CRO 4839	28-UF 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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	01/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/12/20	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 9,86	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 Pedido mercado no site

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/12/20
---	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon
CRO 4839-DF
Radiologista

Imagem Radiológica Odontológica
CNPJ: 01.258.895/0001-21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



428452
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/20	4-Data de Autorização 01/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8095436	7-Data Validade da Senha 24/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533611200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE DE SOUSA DOMINGOS		14-Telefone 14/06/1959 () -	15-Nome do titular do plano JOSE DE SOUSA DOMINGOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4839	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95800794987	22-Nome do Contratado Executante MAURICIO BARRIVIERA	23-Número no CRO 4839	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAURICIO BARRIVIERA		27-Número no CRO 4839	28-UF 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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	01/12/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/12/20	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 110,88	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 01/12/20 Dr. Frederico Fenel Radiologista CRO-DF 493	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável / /	53-Data, local e Assinatura da Empresa / / Interdental Radiológica Odontológica CNPJ 01.258.895/0001-21



433985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8115570	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532861600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LORENA KELLY ELOY NUNES GONCALVES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDJAN JOSE DE OLIVEIRA
--	----------------------	---

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) 81000375-RPD (I) 81000405 (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRO 4930	28-UF 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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	09/12/20		Dr. Frederico Fenelon
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	09/12/20		Dr. Frederico Fenelon
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	09/12/20		Dr. Frederico Fenelon
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	09/12/20		Dr. Frederico Fenelon
5-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	09/12/20		Dr. Frederico Fenelon
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/12/20	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 85,00	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 09/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/20
---	---	---	---

Digidoc Radiologia Odontológica
CNPJ: 01.258.895/0001-21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



368294
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 04/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7840900	7-Data Validação da Senha 01/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529673400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUIZ CLAUDIO DE OLIVEIRA FRANCAZ	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAMILA PALATUCCI ARANTES
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4839	19-UF DF	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95800794987	22-Nome do Contratado Executante MAURICIO BARRIVIERA	23-Número no CRO 4839	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAURICIO BARRIVIERA	27-Número no CRO 4839	28-UF DF	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	26/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	44-Tipo de Atendimento 1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 119,08	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 26/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa Odontológica Odontologic CNPJ: 01.258.895/0001-21
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



428454
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/20	4-Data de Autorização 01/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8095416	7-Data Validade da Senha 24/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCELINA MAIA PRUDENCIO				14-Telefone 30/10/1962		15-Nome do titular do plano JOSE DE SOUSA DOMINGOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4839		19-UF DF		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95800794987		22-Nome do Contratado Executante MAURICIO BARRIVIERA		23-Número no CRO 4839	
26-Nome do Profissional Executante MAURICIO BARRIVIERA		27-Número no CRO 4839		28-UF 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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	01/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/12/20	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 222,00	47-Valor Total R\$ 119,88	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 procedimento realizado no pti	
--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dr. Frederico Fenelo Radiologista CRO-DF 493	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/12/20
--	---	---	--

01/12/20
CNPJ: 01.258.895/0001-21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



415351
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8037485	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530876000000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SARA MELLO BORGES RIBEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALDENORA MELLO FIGUEIREDO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4839	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95800794987	22-Nome do Contratado Executante MAURICIO BARRIVIERA	23-Número no CRO 4839	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante MAURICIO BARRIVIERA		27-Número no CRO 4839	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000421-RII (I) 81000375-RMD

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-	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	26/11/2020		Betrcia
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	26/11/2020		Betrcia
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	26/11/2020		Betrcia
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	26/11/2020		Betrcia
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	26/11/2020		Betrcia
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	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 437,00	47-Valor Total R\$ 192,16	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 pedido anexado no site.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dr. Frederico Fenelo Radiologista CRO-DF 4926	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20 Doc Radiológica Odontológica CNPJ: 01.258.895/0001-21
--	---	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



431903
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/20	4-Data de Autorização 02/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8107201	7-Data Validade da Senha 01/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533469700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VITORIA DA SILVA FERREIRA		14-Telefone 21/05/2001	15-Nome do titular do plano VITORIA DA SILVA FERREIRA	

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) 81000405 (I) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

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			08/12/20		X Vitoria
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			08/12/20		X Vitoria
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			08/12/20		X Vitoria
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			08/12/20		X Vitoria
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/12/20	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 120,00	47-Valor Total R\$ 76,06	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 Pedido anexado no site

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 X Vitoria da Silva Ferreira	53-Data, local e Assinatura do Profissional Radiológico Odontológico 08/12/20
---	---	---	--

CNPJ: 01.250.155/0001-21