

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: CLINICA DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA FENELON LTDA

CNPJ: 03628122000115 (FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (16292) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
526374 - I	ANA CLARA FRAZAO RODRIGUES (00202527404100000104)		19/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
523718 - I	ANA CRISTINA DE ALMEIDA RAMIDOFF (00202526202000015802)		14/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
521840 - I	ANA PAULA ISAIAS DE OLIVA (00202536409200000101)		13/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
521840 - I	ANA PAULA ISAIAS DE OLIVA (00202536409200000101)		13/04/2021	56	0.71	R\$ 39,76
522293 - I	ANDRESSA GRASIELLY NUNES DE ALMEIDA (00202530756600036001)		13/04/2021	14	0.3	R\$ 4,20
505675 - I	DAGMAR DE SOUSA SILVA (00202535613700000101)		22/03/2021	222	0.54	R\$ 119,88
505675 - I	DAGMAR DE SOUSA SILVA (00202535613700000101)		22/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
505675 - I	DAGMAR DE SOUSA SILVA (00202535613700000101)		22/03/2021	56	0.71	R\$ 39,76
505099 - I	DIEGO PEREIRA DE SOUSA (00202526867800051101)		22/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
520300 - I	DOMINGOS LUCIO RODRIGUES DE ALMEIDA (00202531940300000101)		12/04/2021	56	0.71	R\$ 39,76
496342 - I	ESTELA THAYNARA FERREIRA LIMA SOARES (00202532385100000104)		11/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
509933 - I	FELLIPE BATISTA SANTOS (00202535092800000102)		26/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
509933 - I	FELLIPE BATISTA SANTOS (00202535092800000102)		26/03/2021	56	0.71	R\$ 39,76
507418 - I	ISABEL LUIZA LEITE GOMES MEDEIROS (00202526867800006401)		24/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
510394 - I	JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR (00202532890900000101)		29/03/2021	14	0.71	R\$ 9,94
515958 - I	LAIS BARBOSA (00202526867800007901)		06/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
504583 - I	LINDINALVA ALVES DA COSTA SILVA (00202533509300000102)		19/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
504583 - I	LINDINALVA ALVES DA COSTA SILVA (00202533509300000102)		19/03/2021	14	0.71	R\$ 9,94
523691 - I	MARCELLE SANTOS DE MENEZES (00202535615400000101)		14/04/2021	98	0.71	R\$ 69,58
527371 - I	MARIA BETANIA FERNANDES DA SILVA (00202536968900000101)		19/04/2021	56	0.71	R\$ 39,76
515624 - I	MARIA LUISA DE JESUS MARTINS (00202518643200018602)		06/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
484507 - I	MATHEUS PERY SALES (00202535553800000101)		24/02/2021	14	0.71	R\$ 9,94
484513 - I	MATHEUS PERY SALES (00202535553800000101)		24/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
513210 - I	NAIANDRA MARIA MENDES ANTUNES (00202530756600031301)		31/03/2021	356	0.3	R\$ 106,80
508504 - I	NIDAL KAMAL (00202535529900000101)		25/03/2021	222	0.54	R\$ 119,88
521690 - I	NORMA RODRIGUES DOS SANTOS (00202536896200000101)		13/04/2021	126	0.71	R\$ 89,46
505707 - I	RAFAEL MARINHO SOUSA (00202508835000131201)		22/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
514890 - I	RENATA PEREIRA DA SILVA (00202536792400000101)		05/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
514890 - I	RENATA PEREIRA DA SILVA (00202536792400000101)		05/04/2021	84	0.71	R\$ 59,64
512190 - I	RUTE RODRIGUES VIANA (00202536762800000101)		30/03/2021	222	0.54	R\$ 119,88
527390 - I	SABRINA DE JESUS REIS (00202526867800047801)		19/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
515955 - I	SABRINA SOARES CARDOSO (00202536724400000101)		06/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
486370 - I	SUELEM NUNES DE ARAUJO (00202534374600000101)		26/02/2021	56	0.71	R\$ 39,76

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: 27/04/2021 08:27

Página 1 de 2

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

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Totalizador

N° de USOs: 2970
N° de atendimentos: 27
Valor: R\$ 1.681,54

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 2970
N° de atendimentos: 27
Valor: R\$ 1.681,54

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 2970
N° de atendimentos: 27
Valor: R\$ 1.681,54

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

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: 27/04/2021 08:27

Página 2 de 2



526374
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/21	4-Data de Autorização 19/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8494551	7-Data Validade da Senha 18/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527404100000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA CLARA FRAZAO RODRIGUES		14-Telefone (61) 98153-5112	15-Data de Nascimento 26/05/2013		
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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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
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-Ctd	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	20/04/21		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/04/21	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 78,00	47-Valor Total R\$ 46,24	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 20/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 20/04/21 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/21
---	--	---	---

Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda
CNPJ: 03.628.122/0001-15



523718
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/21	4-Data de Autorização 14/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8484375	7-Data Validação da Senha 13/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526202000015802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HELISUL TAXI AEREO LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CRISTINA DE ALMEIDA RAMIDOFF		14-Telefone 23/08/1972	15-Nome do titular do plano SERGIO RICARDO RAMIDOFF	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	414 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
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-Tabella	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-	00810004005	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	20/04/21		<i>Estuade</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/04/21	44-Tipo de Alendimento 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 78,00	47-Valor Total R\$ 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Frederico Fene			
--------------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21 <i>Estuade</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon LT
---	--	--	---

CNPJ: 03.628.122/0001-15

Aluno

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



521840
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 1 4 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8476813	7-Data Validação da Senha 1 2 / 0 7 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 6 4 0 9 2 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANA PAULA ISAIAS DE OLIVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA ISAIAS DE OLIVA
--------------------------------------	----------------------	--

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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 8 3 3 4 3 3 0 1 2 0	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME
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	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0	0 0 0 0		S	14/04/2021		
2	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S	14/04/2021		
3	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S	14/04/2021		
4	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S	14/04/2021		
5	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S	14/04/2021		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/04/21	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 1 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 850,00	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 14/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon I CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	---	---



24

Radiologista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



505675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/03/21	4-Data de Autorização 23/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8411314	7-Data Validação da Senha 20/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535613700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAGMAR DE SOUSA SILVA			14-Telefone (01) 992053544	15-Nome do titular do plano DAGMAR DE SOUSA SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES				27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD

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	23/03/21		<i>x Pessanha</i>
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	23/03/21		<i>x Pessanha</i>
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	23/03/21		<i>x Pessanha</i>
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	23/03/21		<i>x Pessanha</i>
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	23/03/21		<i>x Pessanha</i>
6-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	23/03/21		<i>x Pessanha</i>
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/03/21	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 356,00	47-Valor Total R\$ 204,88	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 23/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/03/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/03/21 x Pessanha	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/03/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



505099
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/03/21	4-Data de Autorização 23/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8407268	7-Data Validade da Senha 20/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202526867800051101		13-Nome DIEGO PEREIRA DE SOUSA		14-Telefone 11/03/1988		15-Nome do titular do plano DIEGO PEREIRA DE SOUSA			

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 4930		19-UF DF		20-Código CBO S 09		25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930		24-UF DF		26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930		28-UF DF	

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			24/03/2021		Diego
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/03/2021	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 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	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 24/03/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/2021 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/2021 Diego	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/03/2021
---	--	---	---

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

520300
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 1 7 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8470851	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 7 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 9 4 0 3 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOMINGOS LUCIO RODRIGUES DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DOMINGOS LUCIO RODRIGUES DE ALMEIDA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DOMINGOS LUCIO RODRIGUES DE ALMEIDA	

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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 8 3 3 4 3 3 0 1 2 0	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000375-RMD (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-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	17/04/25		
2-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	17/04/25		
3-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	17/04/25		
4-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	17/04/25		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/04/25	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 5 6 , 0 0	47-Valor Total R\$ 38,96	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 17/04/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 17/04/25	53-Data, local e Assinatura da Operadora CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTDA CNPJ 03.628.122/0001-15
---	---	---	--

230 6949

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



496342
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de emissão da Guia 11/03/21		4-Data de Autorização 22/03/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8376494		7-Data Validade da Senha 09/06/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202532385100000104				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ESTELA THAYNARA FERREIRA LIMA SOARES						14-Telefone () /		15-Nome do titular do plano CARLOS ANDRE RODRIGUES DE SANTANA					
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 4930		19-UF DF		20-Código CBO S 09			
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 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405			
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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	22/03/21		Frederico	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 22/03/21		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 78,00		47-Valor Total R\$ 45,24		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 22/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 22/03/21 Frederico Fenelon CRO 4930 DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/21 Carlos Andre Rodrigues de Santana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/03/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	---	---



509933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/21	4-Data de Autorização 13/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8428411	7-Data Validação da Senha 24/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535092800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FELIPE BATISTA SANTOS	14-Telefone (11) 3041-0529	15-Data de validade do plano 21/06/2008	16-Nome do titular do plano MARIA DOS REIS DA SILVA SANTOS
----------------------------------	-------------------------------	--	---

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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPD (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	05/04/2021		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	05/04/2021		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	05/04/2021		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	05/04/2021		
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	05/04/2021		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/04/21	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 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 05/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 05/04/21 Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/21	53-Data, local e Assinatura do Profissional de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda 05/04/21 CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	---	---



507418
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/03/21	4-Data de Autorização 24/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8418267	7-Data Validade da Senha 22/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020252686780006401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABEL LUIZA LEITE GOMES MEDEIROS			14-Telefone () 9192-5175	15-Nome do titular do plano ISABEL LUIZA LEITE GOMES MEDEIROS	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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
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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	24/03/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/03/21	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 78,00	47-Valor Total R\$ 45,20	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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/03/21
---	---	---	---

Dr. Frederico Fenel
CRO 4930-DF

RAIA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTDA
CNPJ 03.628.122/0001-15
THIAGO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



510394
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 2 9 / 0 3 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8430309	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 6 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 8 9 0 9 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR		14-Telefone (011) 98609-5773	15-Nome do titular do plano JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR	

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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 8 3 3 4 3 3 0 1 2 0	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
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	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4 0 0	0,00		S	01/04/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/04/21	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 1 4 0 0	47-Valor Total R\$ 9,84	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 01/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/04/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	---	--



232 4475

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

515958
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/04/21	4-Data de Autorização 07/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8453541	7-Data Validade da Senha 05/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526867800007901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LAIS BARBOSA		14-Telefone 10/02/1987	15-Nome do titular do plano LAIS BARBOSA		
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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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
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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	13/04/21		Laiz Barbosa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/04/21		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 78,00		47-Valor Total R\$ 45,24		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 13/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21 Laiz Barbosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/04/21
---	---	--	---

Dr. Frederico Fenelon
Radiologista
CRO-DF 4930Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda.
03.628.120001-15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



504583
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/03/21	4-Data de Autorização 24/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8405328	7-Data Validade da Senha 17/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253350930000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LINDINALVA ALVES DA COSTA SILVA		14-Telefone 28/09/1979	15-Nome do Titular do plano FERNANDO FARIAS BATISTA	

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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000421-RIS

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	24/03/21		Lindinalva
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	24/03/21		Lindinalva
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 92,00	47-Valor Total R\$ 65,00	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 24/03/21	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/03/21 Dr. Frederico Fenel CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21 Lindinalva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/03/21
---	---	--	---

CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTD;
CNPJ: 03.628.122/0001-15 Thiago



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

523691
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/2011	4-Data de Autorização 14/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8484274	7-Data Validade da Senha 13/07/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535615400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCIELLE SANTOS DE MENEZES		14-Telefone (61) 91123-0120	15-Nome do titular do plano MARCIELLE SANTOS DE MENEZES		
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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000421-RIS (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cost	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	RMSD	1	1	14,00	0,00		S	15/04/21		marcielle
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00		S	15/04/21		marcielle
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00		S	15/04/21		marcielle
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00		S	15/04/21		marcielle
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00		S	15/04/21		marcielle
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00		S	15/04/21		marcielle
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00		S	15/04/21		marcielle
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Fim do Tratamento 15/04/21	44-Tipo de Atendimento 1	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 98,00	47-Valor Total R\$ 69,58	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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Pedido anexado no site		
------------------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 15/04/21	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/21 marcielle santos de menezes	53-Data, local e Assinatura da Empresa 15/04/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.620.122/0001-15
---	---	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ºº



527371
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 9 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 2 0 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8498515	7-Data Validade da Senha 1 8 / 0 7 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 6 9 6 8 9 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA BETANIA FERNANDES DA SILVA		14-Telefone (01) 98001.7689	15-Nome do titular do plano MARIA BETANIA FERNANDES DA SILVA		
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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 8 3 3 4 3 3 0 1 2 0	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE
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	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	20 / 04 / 21		x Mario
2	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	20 / 04 / 21		x Mario
3	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	20 / 04 / 21		x Mario
4	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	20 / 04 / 21		x Mario
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 20 / 04 / 21		44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 5 6 , 0 0		47-Valor Total R\$ 39,76		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 20 / 04 / 21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20 / 04 / 21 Maria Betania Fernandes da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa Unica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001 - 15
---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



515624
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/04/21	4-Data de Autorização 07/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8452127	7-Data Validade da Senha 05/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202518643200018602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JASMINE COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA LUISA DE JESUS MARTINS		14-Telefone 13/03/2007	15-Nome do titular do plano GESSER BARBOSA MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNÓSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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
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
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/04/21		Dr. Frederico Fenelon
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/04/21	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 78,00	47-Valor Total R\$ 45,20	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 07/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/21 Maria da Conceição de Jesus	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/04/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon CNPJ: 03.623.122/0001-15
---	---	---	---

OK mica

Alameda

OdontoLife®

tranquilidade para você sorrir

23/01/2013

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



484513
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/02/2013	4-Data de Autorização 25/02/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8329523	7-Data Validade da Senha 25/05/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202555380000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MATHEUS PERY SALES	14-Telefone () -
15-Data de Nascimento 04/11/1997	15-Nome do titular do plano MATHEUS PERY SALES

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 4930	19-UF DF
20-Código CBO S 09	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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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	07/04/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/04/21	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,04	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

2 Guias = R\$ 55,18

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista /, Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/21 x Matheus Pery	53-Data, local e Carimbo da Empresa de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda. 07/04/21 03.628.122/0001-15
---	---	--	---



484507
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 2 / 2 1	4-Data de Autorização 2 5 / 0 2 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8329513	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 5 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 5 5 3 8 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MATHEUS PERY SALES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MATHEUS PERY SALES	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 8 3 3 4 3 3 0 1 2 0		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		

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-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 0 0	0 0 0			07/04/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/04/21	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 1 4 0 0	47-Valor Total R\$ 9 9 4	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 07/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/04/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/21 Matheus Pery	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/04/21 Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon 03.628.122/0001-15
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



513210
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/03/21	4-Data de Autorização 12/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8442477	7-Data Validade da Senha 29/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530756600031301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NAIANDRA MARIA MENDES ANTUNES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NAIANDRA MARIA MENDES ANTUNES	

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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 -
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) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME
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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	35,10		S	16/04/21		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	6,30		S	16/04/21		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	6,30		S	16/04/21		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	6,30		S	16/04/21		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	6,30		S	16/04/21		
6	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	99,90		S	16/04/21		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/04/21	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 356,00	47-Valor Total R\$ 160,20	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 16/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 16/04/21 NAIANDRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/04/21
---	---	--	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



508504
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8422500	7-Data Validade da Senha 23/06/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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	
8-Número da Carteira 0020253552990000101									
13-Nome NIDAL KAMAL				14-Telefone (61) 9200-30375		15-Nome do titular do plano NIDAL KAMAL			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4930		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 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			

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	25/03/12		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/03/12	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 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	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/03/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/03/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/03/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa 25/03/12
---	---	---	--

CRO 4930-DF
Radiologista

Clinica de Radiologia Odontológica Fenelon LTDA
CNPJ: 03.628.122/0001-15

521690
INTERCÂMBIO

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



505707
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 06414	3-Data de Emissão da Guia 22/03/21	4-Data de Autorização 23/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8411336	7-Data Validade da Senha 20/06/21
-------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202508835000131201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MADERO COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAEL MARINHO SOUSA 21/09/1989		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL MARINHO SOUSA	

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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	24/03/21		RAFAEL MARINHO
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/03/21	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 78,00	47-Valor Total R\$ 452,40	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 24/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21	53-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 24/03/21
---	---	---	---

Dr. Frederico Felton
CRO 4930-DF
Radiologista

CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTDA
CNPJ: 03.628.122/0001-15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



514890
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/04/21	4-Data de Autorização 06/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8448962	7-Data Validade da Senha 04/07/21
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536792400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RENATA PEREIRA DA SILVA			14-Telefone (61) 99210-9249	15-Data de Nascimento 03/12/1984	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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 (II) 81000421-RIS (III) 81000421- (I) 81000421- (II) 81000421-RPIE (III) 81000421- (I) 81000421- (II) 81000421-
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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	09/04/2021		Renata
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	09/04/2021		Renata
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	09/04/2021		Renata
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	09/04/2021		Renata
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	09/04/2021		Renata
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	09/04/2021		Renata
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	09/04/2021		Renata
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/04/21	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 162,00	47-Valor Total R\$ 104,88	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

Pedido anexado no site

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/04/21	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/04/21 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/04/21 Renata Pereira da Silva	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 09/04/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ 13.628.122/0001-15
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



512190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/03/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8438295	7-Data Validade da Senha 28/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536762800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RUTE RODRIGUES VIANA		14-Telefone (61) 995774148	15-Nome do titular do plano RUTE RODRIGUES VIANA	

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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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	
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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	10/04/21		Rute
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/04/21	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 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

--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/21	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	---	--



527390
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/21	4-Data de Autorização 19/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8498528	7-Data Validade da Senha 18/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526867800047801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SABRINA DE JESUS REIS			14-Telefone 20/10/1995	15-Nome do titular do plano SABRINA DE JESUS REIS	

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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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
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/Roção	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			19/04/21		Sabrina Reis
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/04/21	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 78,00	47-Valor Total R\$ 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/04/21 Sabrina Reis	53-Data, local e Assinatura do Radiologista Odontologia Fenelon Lx 19/04/21
---	--	--	--



515955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2012	4-Data de Autorização 12/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8453529	7-Data Validade da Senha 05/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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
8-Número da Carteira 00202536724400000101		13-Nome SABRINA SOARES CARDOSO		14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano SABRINA SOARES CARDOSO		16-Data Validade da Carteira / /			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4930	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	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor									
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00							S	12/04/2012	
2-																
3-																
4-																
5-																
6-																
7-																
8-																
9-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/04/2012	44-Tipo de Atendimento 12 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,00	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 Pedido anexado no site

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/04/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/04/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/04/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/04/2012
---	---	---	---

Clinica de Radiologia Odontológica Fenelon LTDA
CNPJ: 03.628.122/0001-15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



486370
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 04/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8337447	7-Data Validade da Senha 27/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534374600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SUELEM NUNES DE ARAUJO		14-Telefone 22/05/1987	15-Nome do titular do plano SUELEM NUNES DE ARAUJO		
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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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
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

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	08/10/2012		[Signature]
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	08/10/2012		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	08/10/2012		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	08/10/2012		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/2012	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 56,00	47-Valor Total R\$ 2936	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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Pedido Anulado no Sati

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2012 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2012 [Signature]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/2012 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	---	--