

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/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	Vir USO Coop.	Total
471826 - I	ADRIANA CORSINO DA SILVA (00202526867800030801)		08/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
471826 - I	ADRIANA CORSINO DA SILVA (00202526867800030801)		08/02/2021	70	0.71	R\$ 49,70
465472 - I	ANA CRISTINA GONCALVES NASCIMENTO (00202534850200000101)		29/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
435000 - I	ANA LUIZA DA SILVA SOUZA (00202531247100000104)		04/12/2020	381	0.4	R\$ 152,40
435000 - I	ANA LUIZA DA SILVA SOUZA (00202531247100000104)		04/12/2020	56	0.71	R\$ 39,76
478272 - I	ANA PAULA PIMENTEL DE LIMA (00202530682900000502)		17/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
478272 - I	ANA PAULA PIMENTEL DE LIMA (00202530682900000502)		17/02/2021	14	0.71	R\$ 9,94
467447 - I	ANDERSON FERREIRA DOS SANTOS (00202534930600000101)		02/02/2021	381	0.4	R\$ 152,40
467447 - I	ANDERSON FERREIRA DOS SANTOS (00202534930600000101)		02/02/2021	28	0.71	R\$ 19,88
466950 - I	ANTONIA PEREIRA GOMES DE GOIS (00202535112900000105)		01/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
465104 - I	CARLA OLIVEIRA FILHO (00202534876500000102)		29/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
465104 - I	CARLA OLIVEIRA FILHO (00202534876500000102)		29/01/2021	42	0.71	R\$ 29,82
435023 - I	CARLOS HENRIQUE OLIVEIRA SOUZA (00202531247100000101)		04/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
435023 - I	CARLOS HENRIQUE OLIVEIRA SOUZA (00202531247100000101)		04/12/2020	98	0.71	R\$ 69,58
464105 - I	CLAUDILENE PEREIRA CELESTINO (00202535082200000101)		28/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
464105 - I	CLAUDILENE PEREIRA CELESTINO (00202535082200000101)		28/01/2021	112	0.71	R\$ 79,52
482074 - I	DAYANNY HINGRETTI DO CARMO SILVA (00202535181300000101)		22/02/2021	56	0.71	R\$ 39,76
471992 - I	EDSON FERREIRA DA SILVA (00202533653500000102)		08/02/2021	28	0.71	R\$ 19,88
478611 - I	FELIPE DURVAL DE OLIVEIRA DURAES (00202530756600000801)		17/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
465101 - I	FRANCISCO MARIO DA SILVA (00202534876500000101)		29/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
465101 - I	FRANCISCO MARIO DA SILVA (00202534876500000101)		29/01/2021	56	0.71	R\$ 39,76
459797 - I	GABRIEL BRAGA SILVA (00202507811900372203)		21/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
477185 - I	GESSER BARBOSA MARTINS (00202518643200018601)		15/02/2021	222	0.54	R\$ 119,88
467892 - I	GILMA LIMA DO NASCIMENTO (00202526867800052601)		02/02/2021	14	0.71	R\$ 9,94
477015 - I	HOSANA DE SOUSA DANTAS (00202534290100000103)		15/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
477015 - I	HOSANA DE SOUSA DANTAS (00202534290100000103)		15/02/2021	42	0.71	R\$ 29,82
471830 - I	IRENILDE MACHADO TEIXEIRA DE SOUSA (00202526867800006301)		08/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
481711 - I	JOAO VITOR SILVA CASSIANO (00202535181300000103)		22/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
470058 - I	LEIDIANE RODRIGUES FERREIRA (00202533891500000101)		04/02/2021	222	0.54	R\$ 119,88
478305 - I	LEONARDO NERES ALVES (00202534664400000103)		17/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
478305 - I	LEONARDO NERES ALVES (00202534664400000103)		17/02/2021	98	0.71	R\$ 69,58
474298 - I	LETICIA SILVA CABRAL (00202530756600022801)		10/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
465228 - I	LILIAN BENEVIDES MOREIRA (00202529400100000101)		29/01/2021	140	0.71	R\$ 99,40

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: 25/02/2021 16:39

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARÇO/2021

471811 - I LUANA ALVES FERREIRA (00202526867800047101)	08/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
471811 - I LUANA ALVES FERREIRA (00202526867800047101)	08/02/2021	14	0.71	R\$ 9,94
468075 - I MARILDA TEIXEIRA TIRELLI (00202534688100000102)	02/02/2021	98	0.71	R\$ 69,58
477036 - I MARILENE PEREIRA DE SOUSA (00202534290100000101)	15/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
477036 - I MARILENE PEREIRA DE SOUSA (00202534290100000101)	15/02/2021	14	0.71	R\$ 9,94
481655 - I MARIZA BARBOSA DE FARIAS (00202534664400000101)	22/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
481655 - I MARIZA BARBOSA DE FARIAS (00202534664400000101)	22/02/2021	84	0.71	R\$ 59,64
476055 - I MATHEUS SOUZA FERNANDES (00202528386500013201)	12/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
481671 - I NICOLY DA SILVA CASSIANO (00202535181300000102)	22/02/2021	56	0.71	R\$ 39,76
462873 - I PATRICIA CARDOSO GRISOLIA (00202534956800000101)	27/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
462873 - I PATRICIA CARDOSO GRISOLIA (00202534956800000101)	27/01/2021	70	0.71	R\$ 49,70
470033 - I ROSALINA PEREIRA DOS SANTOS (00202530686700000101)	04/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
470033 - I ROSALINA PEREIRA DOS SANTOS (00202530686700000101)	04/02/2021	56	0.71	R\$ 39,76
470043 - I STHEFANY PEREIRA DA SILVA (00202530686800000102)	04/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
470043 - I STHEFANY PEREIRA DA SILVA (00202530686800000102)	04/02/2021	56	0.71	R\$ 39,76
467737 - I TATIANA LUCIA RODRIGUES (00202524116700031101)	02/02/2021	56	0.71	R\$ 39,76
435007 - I VANIA AMELIA DA SILVA SOUZA (00202531247100000102)	04/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
435007 - I VANIA AMELIA DA SILVA SOUZA (00202531247100000102)	04/12/2020	70	0.71	R\$ 49,70
466923 - I VICTOR MIGUEL SILVA GOMES LOPES (00202535112900000106)	01/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
468071 - I WANESSA CRISTINA TIRELLI (00202534688100000101)	02/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

N° de USOs: 4584
N° de atendimentos: 36
Valor: R\$ 2.689,44

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 4584
N° de atendimentos: 36
Valor: R\$ 2.689,44

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 4584
N° de atendimentos: 36
Valor: R\$ 2.689,44

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: 25/02/2021 16:39

Página 2 de 2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



471826
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277179	7-Data Válida da Senha 09/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526867800030801	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 ADRIANA CORSINO DA SILVA		14-Telefone 18/08/1973	15-Nome do Titular do plano ADRIANA CORSINO DA SILVA		

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 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
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 (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE (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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	12/02/21		AB
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	12/02/21		AB
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	12/02/21		AB
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	12/02/21		AB
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	12/02/21		AB
6	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	12/02/21		AB
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/02/21	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 148,00	47-Valor Total R\$ 94,94	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 Responsável Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21	53-Data, local e Assinatura do Responsável da Clínica 12/02/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltd. 03/25/22/0001-13
--	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



465472
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/01/21	4-Data de Autorização 29/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8249432	7-Data Validade da Senha 29/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534850200000101	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 CRISTINA GONCALVES NASCIMENTO					
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano ANA CRISTINA GONCALVES NASCIMENTO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	
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/Rolão	34-Face	35-Qtd
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1
2-					78000000
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento 29/01/21					
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 780000					
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					
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 29/01/21					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21 Ana Cristina					
53-Data, local e Assinatura do Profissional de Radiologia Odontológica 29/01/21 Fenelon Ltda. 03.0207/220001-15					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



435000
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2012	4-Data de Autorização 07/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8119445	7-Data Validade da Senha 04/10/13
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253124710000104		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 LUIZA DA SILVA SOUZA 03/08/2003			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE OLIVEIRA SOUZA	

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	14/02/11		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	14/02/11		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	14/02/11		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	14/02/11		
5-	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	14/02/11		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/02/11	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/02/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/02/11 Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/02/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/02/11 Radiologia Odontologia Fenelon LTDA CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	---	--



478272
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 18/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8303147	7-Data Validade da Senha 18/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SERVIX ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA PIMENTEL DE LIMA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GABRIEL MOREIRA PINHO SILVA			

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 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-			

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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/02/21	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 92,00	47-Valor Total R\$ 55,18	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 em anexo

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista 18/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon L. 18/02/21
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



467447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/2021	4-Data de Autorização 02/02/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8257868	7-Data Validade da Senha 03/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253493060000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDERSON FERREIRA DOS SANTOS			14-Telefone 25/11/1993	15-Nome do titular do plano ANDERSON FERREIRA DOS SANTOS	

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 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
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES			27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RPIE

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	02/02/2021		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	02/02/2021		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	02/02/2021		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/02/21	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 409,00	47-Valor Total R\$ 72,28	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
Dr. Frederico Fenelon			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 02/02/21 CRO DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21 Anderson F. dos Santos	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/02/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 02.000.421/0001-55



466950
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 10/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8255631	7-Data Validade da Senha 02/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535112900000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIA PEREIRA GOMES DE GOIS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAINARA PEREIRA GOMES LOPES		
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-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			10/02/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/02/2021	44-Tipo de Atendimento 1-1-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\$ 45,04	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

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 10/02/2021	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 10/02/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/02/2021
--	--	---	---

Dr Frederico Fenelon
CRO 4930-DF
Radiologista

Antonia P. G. de
Góis

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



465104
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/01/21	4-Data de Autorização 29/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8247587	7-Data Validade da Senha 29/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534876500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA OLIVEIRA FILHO 15/11/1991		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCO MARIO 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 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-RPSE
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/02/2021		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMDS		1	14,00	0,00		S	02/02/2021		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	02/02/2021		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	02/02/2021		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/02/21	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 120,00	47-Valor Total R\$ 75,06	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21
---	---	---	---

Clinica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda.
03.628.1226001-13



435023
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2020	4-Data de Autorização 07/12/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8119547	7-Data Validade da Senha 04/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531247100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS HENRIQUE OLIVEIRA SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE OLIVEIRA SOUZA	

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 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 (I) 81000421- (I) 81000375-RPD (I) 81000405 (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE (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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	17/02/2021		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	17/02/2021		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	17/02/2021		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	17/02/2021		
5-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	17/02/2021		
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	17/02/2021		
7-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	17/02/2021		
8-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	17/02/2021		
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/02/2021	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 176,00	47-Valor Total R\$ 114,82	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 17/02/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 17/02/2021 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/02/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/02/2021 Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon LTDa CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



464105
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/01/21	4-Data de Autorização 29/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8243537	7-Data Validade da Senha 28/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535082200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDILENE PEREIRA CELESTINO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDILENE PEREIRA CELESTINO	

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 (I) 81000421-RII (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421-RPSE (I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS (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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			01/02/21		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	4,00	0,00			01/02/21		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	4,00	0,00			01/02/21		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	4,00	0,00			01/02/21		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	4,00	0,00			01/02/21		
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	4,00	0,00			01/02/21		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	4,00	0,00			01/02/21		
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	4,00	0,00			01/02/21		
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	4,00	0,00			01/02/21		
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 190,00	47-Valor Total R\$ 124,76	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21 Dr. Frederico Fenelon CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21 Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon Lt
--	---	---	---



482074
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/02/21	4-Data de Autorização 22/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8317035	7-Data Validade da Senha 23/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253518130000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAYANNY HINGRETTI DO CARMO SILVA		14-Telefone 27/08/1989	15-Nome do titular do plano DAYANNY HINGRETTI DO CARMO SILVA	

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 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 (II) 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 (II) 81000375-RPE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clica	42-Assinatura
1-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	22/02/21		Dayanny
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	22/02/21		Dayanny
3-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	22/02/21		Dayanny
4-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	22/02/21		Dayanny
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 22/02/21	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 56,00	47-Valor Total R\$ 38,76	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 22/02/21	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Recife-PE CRO-DF 4930	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/21 Dayanny	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 22/02/21
---	--	---	--

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



471992
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 10/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277491	7-Data Validade da Senha 09/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253365350000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDSON FERREIRA DA SILVA	14-Telefone (61) 9305-4394	15-Data de Nascimento 12/03/1980	15-Nome do titular do plano KARLA ALVES SEVERINO	

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

30-Tabeta	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	10/02/21		Edson
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	10/02/21		Edson
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/02/21	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 28,00	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/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 10/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 10/02/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/21 Edson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/02/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.655.123/0001-15
---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



465101
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 2 9 / 0 1 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8247566	7-Data Validade da Senha 2 9 / 0 4 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 8 7 6 5 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 FRANCISCO MARIO DA SILVA 05/10/1988		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCO MARIO 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) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421-RIS (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	

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		S	02 / 02 / 2021		
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	02 / 02 / 2021		
3-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	02 / 02 / 2021		
4-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	02 / 02 / 2021		
5-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	02 / 02 / 2021		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 0 2 / 0 2 / 2 1	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 3 4 , 0 0	47-Valor Total R\$ 8 3 , 0 0 0 , 0 0	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 0 2 / 0 2 / 2 1 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 2 / 0 2 / 2 1 Francisco	53-Data, local e Carimbo da Empresa 0 2 / 0 2 / 2 1 Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda. 03.628.122/6001-13
--	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



459797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/21	4-Data de Autorização 22/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8222835	7-Data Validade da Senha 21/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507811900372203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIEL BRAGA SILVA		14-Telefone (61) 9867-21612	15-Nome do titular do plano LENO BRAGA 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 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	01/02/2021		jsaw
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/02/21	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Faturamento 1	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 Pedido anexado no site	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21	53-Data, local e Assinatura do Carimbo da Empresa 01/02/21
---	---	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon

Clinica de Radiologia Odontologica Fenelon Ltda

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21	53-Data, local e Assinatura do Carimbo da Empresa 01/02/21
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



477185
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/02/21	4-Data de Autorização 17/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8299918	7-Data Validade da Senha 16/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202518643200018601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JASMINE COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GESSER BARBOSA MARTINS		14-Telefone 19/05/1982	15-Data de Nascimento / /		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRD 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 CRD 4930	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRD 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			19/02/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/02/21	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 222,00	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(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 19/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/02/21
--	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon
CRD 4930-DF
Radiologista

CLINICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-DF
CNPJ: 03.628.122/0001-15



467892
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8259631	7-Data Validade da Senha 03/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202526867800052601		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 GILMA LIMA DO NASCIMENTO 19/06/1974			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILMA LIMA DO NASCIMENTO	

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-
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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	04/02/21		gilma
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/03/21	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 14,00	47-Valor Total R\$ 9,94	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 04/02/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/21 Gilma Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/02/21 Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda. 03.628.1226-001-15
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



477015
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2021	4-Data de Autorização 17/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8299346	7-Data Validade da Senha 16/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534290100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HOSANA DE SOUSA DANTAS	14-Telefone 03/12/2007	15-Nome do titular do plano MARILENE 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	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-
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000421- (II) 81000421-	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	17/10/2021		Marilene
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	17/10/2021		Marilene
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	17/10/2021		Marilene
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	17/10/2021		Marilene
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/10/2021	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\$ 75.06	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 Valor devido de campo 47 é 75.06

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2021 Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2021 Marilene	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2021 CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTDA CNPJ: 03.628.122/0001-15 Marilene
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

471830
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277281	7-Data Validade da Senha 09/05/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202526867800006301	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 IRENILDE MACHADO TEIXEIRA DE SOUSA		14-Telefone 11/08/1982	15-Nome do titular do plano IRENILDE MACHADO TEIXEIRA DE SOUSA									
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 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - 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-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-	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00					11/03/21 x Irenilde
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/03/21		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\$ 75,24		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 11/03/21			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/21 x Irenilde			53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/03/21 Clinica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda. 03.628.4024-001-15			



481711
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/02/2011	4-Data de Autorização 22/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8315806	7-Data Validade da Senha 23/05/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535181300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAO VITOR SILVA CASSIANO		14-Telefone 27/04/2011 () -	15-Nome do titular do plano DAYANNY HINGRETTI DO CARMO SILVA		
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 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 (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			Dayanny
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 22/02/2011	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\$ 45,26	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 Cliente-Dentista Solicitante 22/02/2011	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/2011	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 22/02/2011	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 22/02/2011
---	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon
Radiologista
CRO-DF 4930

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

470058
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8268320	7-Data Validade da Senha 05/10/2012																
Dados do Beneficiário																					
8-Número da Carteira 00202533891500001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																	
13-Nome LEIDIANE RODRIGUES FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEIDIANE RODRIGUES FERREIRA																		
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 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	22,00	0,00			09/10/2012		Leidiane									
2-																					
3-																					
4-																					
5-																					
6-																					
7-																					
8-																					
9-																					
10-																					
11-																					
12-																					
13-																					
14-																					
15-																					
43-Data Prestação Termino do Tratamento 09/10/2012						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 22,00		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(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 09/10/2012														51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 09/10/2012 FREDERICO FENELON GUIMARAES CRO 4930-DF Radiologista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012 Leidiane Rodrigues Ferreira		53-Data, local e Assinatura da Operadora 09/10/2012 RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTD CNPJ: 03.628.122/0001-15 Alvares			



474298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 12/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8288293	7-Data Validade da Senha 11/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530756600022801	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 LETICIA SILVA CABRAL		14-Telefone 01/11/1996	15-Nome do titular do plano LETICIA SILVA CABRAL		
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 (1) 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			12/02/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/02/21	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 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 Pedido anexado no site.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/21	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 12/02/21 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21 Leticia Silva Cabral	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/02/21 Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon L. CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	---	--	---



465228
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/01/21	4-Data de Autorização 29/01/21	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8248198	7-Data Validade da Serha 29/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529400100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LILIAN BENEVIDES MOREIRA 20/02/1978		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LILIAN BENEVIDES MOREIRA

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	09/02/21		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	09/02/21		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	09/02/21		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	09/02/21		
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	09/02/21		
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	09/02/21		
7-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	09/02/21		
8-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	09/02/21		
9-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	09/02/21		
10-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	09/02/21		
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/02/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/02/21
--	---	---	--

CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTD.
CNPJ: 03.628.422/0001-15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



471811
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277304	7-Data Validade da Senha 09/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202526867800047101		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 LUANA ALVES FERREIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUANA ALVES FERREIRA			

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) 81000421-RIS (II) 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					

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	19/02/21		Luana
2-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	19/02/21		Luana
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/02/21	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 92,00	47-Valor Total R\$ 55,98	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 19/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 19/02/21 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 Luana Alves Ferreira	53-Data, local e Assinatura do Responsável 19/02/21
---	--	--	--

CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON LTDA
B.628.122/0001-15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



468075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8260567	7-Data Validade da Senha 03/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534688100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILDA TEIXEIRA TIRELLI			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WANESSA CRISTINA TIRELLI	

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- (II) 81000421-RII (I) 81000421- (I) 81000421-RPID (II) 81000421-RCIE (I) 81000421- (II) 81000421-RPIE
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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/02/21	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 98,00	47-Valor Total R\$ 169,58	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/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 produto enviado no site
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/02/21 Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/02/21 Marilda Teixeira Tirelli	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/02/21 RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTDA CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



468075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8260567	7-Data Validade da Senha 03/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534688100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILDA TEIXEIRA TIRELLI 17/02/1970		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WANESSA CRISTINA TIRELLI	

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) 81000421- (I) 81000421-RII (I) 81000421- (I) 81000421-RPID (I) 81000421-RCIE (I) 81000421- (I) 81000421-RPIE
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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
7-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	06/02/21		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/02/21	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 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/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 embre no dia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/02/21 Frederico Felon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/02/21 Marilda Teixeira CNPJ: 03.628.122/0001-15	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/02/21 RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTD FELON
---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



477036
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2021	4-Data de Autorização 17/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8299397	7-Data Validade da Senha 16/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534290100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILENE PEREIRA DE SOUSA	14-Telefone 26/10/1979	15-Nome do titular do plano MARILENE 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	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	17/10/2021		marilene
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	17/10/2021		marilene
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/10/2021	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\$ 35,08	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 17/10/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2021 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2021 marilene	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2021
---	--	--	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



476055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/02/21	4-Data de Autorização 17/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8295961	7-Data Validade da Senha 13/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528386500013201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa OLIST SERVICOS DIGITAIS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MATHEUS SOUZA FERNANDES		14-Telefone (11) 8354-5022	15-Nome do titular do plano MATHEUS SOUZA FERNANDES	

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 (1) 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-Tabeta	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	45,24		S	18/02/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/02/21	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 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 Pedido anulado uma foto
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/21 Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 18/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/02/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda. 03.628.122/0001-15
---	--	--	---



481671
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/02/21	4-Data de Autorização 22/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8315643	7-Data Validade da Senha 23/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535181300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NICOLY DA SILVA CASSIANO	14-Telefone 11/03/2007	15-Data de validade da Carteira () / () / ()	16-Data de validade da Carteira () / () / ()	17-Nome do titular do plano DAYANNY HINGRETTI DO CARMO SILVA
-------------------------------------	---------------------------	--	--	---

18-Atendimento a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM		20-Número no CRO 4930	21-UF DF	22-Código CBO S 09	23-UF DF	24-Código CNES 025 - Faturar Empresa	25-Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		27-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		28-Número no CRO 4930	29-UF DF	30-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (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			Dayanny
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S			Dayanny
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S			Dayanny
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S			Dayanny
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 22/02/21	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 56,00	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 22/02/21	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista Dr. Frederico Fenelon CRO-DF-4930	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dayanny	53-Data, Local e Assinatura da Empresa Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	--	---



462873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8238007	7-Data Validade da Senha 27/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534956800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PATRICIA CARDOSO GRISOLIA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PATRICIA CARDOSO GRISOLIA	

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) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-RIS (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 Glor	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S		28/01/2021	Patricia Grisolia
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S		28/01/2021	Patricia Grisolia
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S		28/01/2021	Patricia Grisolia
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S		28/01/2021	Patricia Grisolia
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S		28/01/2021	Patricia Grisolia
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S		28/01/2021	Patricia Grisolia
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/01/2021	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 148,00	47-Valor Total R\$ 94,94	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 28/01/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Patricia Grisolia	53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/01/2021 Odontologia Odontologica Fenelon-LTD CNPJ: 03.628.122/0001-95
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



470033
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2021	4-Data de Autorização 04/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8268241	7-Data Validade da Senha 05/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 0020253068670000101									
13-Nome ROSALINA PEREIRA DOS SANTOS				14-Telefone 17/10/1973		15-Nome do titular do plano ROSALINA PEREIRA DOS SANTOS			

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	
								Envia - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPID (I) 81000421-	

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	06/02/2021		Rosalina PS
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	06/02/2021		Rosalina PS
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	06/02/2021		Rosalina PS
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	06/02/2021		Rosalina PS
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	06/02/2021		Rosalina PS
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/02/21	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/02/21 Dr. Frederico Fenelon Guimaraes CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/02/21 Rosalina PS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/02/21 CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTD A CNPJ: 03.628.122/0001-15
--	---	--	---



470043
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/21	4-Data de Autorização 04/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8268273	7-Data Validade da Senha 05/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253068680000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome STHEFANY PEREIRA DA SILVA		14-Telefone () 9934-8808	15-Nome do titular do plano ROSALINA PEREIRA DOS 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) 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	

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	06/02/21		Rosalina PS
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMDS		1	14,00	0,00		S	06/02/21		Rosalina PS
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	06/02/21		Rosalina PS
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	06/02/21		Rosalina PS
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	06/02/21		Rosalina PS
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/02/21	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\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/02/21 Rosalina PS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/02/21
--	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon
CRO 4930-DF
Radiologista

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



467737
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 09/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8258845	7-Data Validade da Senha 03/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202524116700031101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TATIANA LUCIA RODRIGUES		14-Telefone (61) 901327653	15-Nome do titular do plano TATIANA LUCIA RODRIGUES		
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 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
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME	Envair - RX (I) 81000375-RPD (II) 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	09/02/2021		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	09/02/2021		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	09/02/2021		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	09/02/2021		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/02/21	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 56,00	47-Valor Total R\$ 30,40	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(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 09/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 09/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21	53-Data, local e Assinatura do Responsável da Empresa 09/02/21
---	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



435007
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8119469	7-Data Validade da Senha 04/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531247100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANIA AMELIA DA SILVA SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE OLIVEIRA SOUZA	

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 (I) 81000375-RPD (I) 81000405 (I) 81000375-RPE (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-Centro/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	17/02/21		
2-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	17/02/21		
3-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	17/02/21		
4-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	17/02/21		
5-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	17/02/21		
6-0081000421		RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	17/02/21		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/02/21	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 148,00	47-Valor Total R\$ 9494	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 17/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/02/21 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/02/21 Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon LTDA CNPJ: 03.628.122/0001-50
---	--	---	---



466923
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/2014	4-Data de Autorização 10/02/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8258708	7-Data Validade da Senha 02/05/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020253511290000106	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VICTOR MIGUEL SILVA GOMES LOPES	14-Telefone 10/07/2014	15-Nome do titular do plano THAINARA PEREIRA GOMES LOPES
--	---------------------------	---

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 7833430120	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	10.02.2014		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/02/2014	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\$ 45,84	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 10/02/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/2014 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/02/2014 Antonia P. Gomes de Góis	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/02/2014 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---------------	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



471811
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2021	4-Data de Autorização 08/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277304	7-Data Validade da Senha 09/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526867800047101	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 LUANA ALVES FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUANA ALVES FERREIRA		
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) 81000421-RIS (I) 81000405

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	19/02/21		Luana
2-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	19/02/21		Luana
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/02/21	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 92,00	47-Valor Total R\$ 55,98	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
Dr. Frederico Fenelon			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/02/21 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 Luana Alves Ferreira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/02/21 CLINICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON LTDA

CLINICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON LTDA
B. 628, 122/0001-15