

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: ABRIL/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
477162 - I	ANA FLAVIA VIEIRA DA COSTA (00202531940300000103)		15/02/2021	381	0.4	R\$ 152,40
477162 - I	ANA FLAVIA VIEIRA DA COSTA (00202531940300000103)		15/02/2021	84	0.71	R\$ 59,64
501217 - I	ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA (00202526867800040401)		17/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
485534 - I	AURILENE CHAGAS DE LIMA (00202535232000000101)		25/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
485534 - I	AURILENE CHAGAS DE LIMA (00202535232000000101)		25/02/2021	42	0.71	R\$ 29,82
501480 - I	BRUNO DA COSTA LIMA (00202530756600021801)		17/03/2021	78	0.3	R\$ 23,40
499579 - I	CENIRA MARIA MARTINS (00202536238800000101)		15/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
494750 - I	CIBELE MARIA DA SILVA (00202535940600000101)		09/03/2021	56	0.71	R\$ 39,76
489538 - I	CLEONICE SOUSA GOMES (00202534158000000101)		03/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
489538 - I	CLEONICE SOUSA GOMES (00202534158000000101)		03/03/2021	56	0.71	R\$ 39,76
489559 - I	CLEONICE SOUSA GOMES (00202534158000000101)		03/03/2021	14	0.71	R\$ 9,94
495907 - I	DIEGO JOSE SALLES DA SILVA (00202535463000000102)		10/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
495907 - I	DIEGO JOSE SALLES DA SILVA (00202535463000000102)		10/03/2021	42	0.71	R\$ 29,82
490754 - I	EMANUELE FERREIRA RODRIGUES (00202532385100000103)		04/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
478611 - I	FELIPE DURVAL DE OLIVEIRA DURAES (00202530756600000801)		17/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
492428 - I	GISELLY ALVES RODRIGUES (00202535388600000102)		05/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
492428 - I	GISELLY ALVES RODRIGUES (00202535388600000102)		05/03/2021	56	0.71	R\$ 39,76
496287 - I	ISABEL ALVES DA SILVA DE OLIVEIRA (00202536166200000101)		10/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
489688 - I	ISABELLA CRISTINA BARBOSA RODRIGUES (00202535669300000103)		03/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
492411 - I	ITALO FERNANDO GOMES DA CUNHA (00202535388600000101)		05/03/2021	98	0.71	R\$ 69,58
486474 - I	IZABELLE DE SOUSA IZIDIO (00202535613700000102)		26/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
486474 - I	IZABELLE DE SOUSA IZIDIO (00202535613700000102)		26/02/2021	14	0.71	R\$ 9,94
488977 - I	JHAMES DA SILVA RODRIGUES (00202527404100000101)		02/03/2021	14	0.71	R\$ 9,94
483834 - I	JOAO PEDRO PIMENTEL DE LIMA (00202530682900000503)		24/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
494757 - I	JOSE IREMAR PEREIRA (00202535939700000101)		09/03/2021	28	0.71	R\$ 19,88
486391 - I	KAUA PABLO BARBOSA RODRIGUES (00202535669300000102)		26/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
486391 - I	KAUA PABLO BARBOSA RODRIGUES (00202535669300000102)		26/02/2021	56	0.71	R\$ 39,76
492937 - I	KELLY ABREU MIRANDA (00202535526900000101)		06/03/2021	56	0.71	R\$ 39,76
489533 - I	LAERKSON DE SOUSA SILVA (00202534158000000102)		03/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
489533 - I	LAERKSON DE SOUSA SILVA (00202534158000000102)		03/03/2021	70	0.71	R\$ 49,70
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
501229 - I	LUCIANO ALVES DE SANTANA (00202536376000000101)		17/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24

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: 31/03/2021 10:58

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: ABRIL/2021

502190 - I	LUCY ELAYNE DUARTE SILVA (00202536353700000101)	17/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
493635 - I	MARCIELLE SANTOS DE MENEZES (00202535615400000101)	08/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
497834 - I	MARCOS ANTONIO OLIVEIRA RIBEIRO (00202535599600000103)	12/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
497826 - I	MARCOS DAVI DE JESUS OLIVEIRA (00202535599600000102)	12/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
472939 - I	MARIA APARECIDA PEREIRA (00202524746300000101)	09/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
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
495972 - I	MAURO HENRIQUE FERNANDES (00202536230200000101)	10/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
495972 - I	MAURO HENRIQUE FERNANDES (00202536230200000101)	10/03/2021	56	0.71	R\$ 39,76
499946 - I	RAFAEL RODRIGUES CELESTINO (00202535420900000101)	16/03/2021	56	0.71	R\$ 39,76
487246 - I	RAIARA ALVES SANTANA (00202532680500000101)	01/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
483204 - I	SHELY PINTO FRAZAO RODRIGUES (00202527404100000102)	23/02/2021	222	0.54	R\$ 119,88
501239 - I	SIMONE NOGUEIRA DE OLIVEIRA SANTOS (00202526867800040402)	17/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
487366 - I	VIVIANE VIEIRA DE MORAIS (00202535514200000101)	01/03/2021	222	0.54	R\$ 119,88
468071 - I	WANEISSA CRISTINA TIRELLI (00202534688100000101)	02/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
501708 - I	WAYNE RAMOS DE BRITO (00202534892700000101)	17/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
501708 - I	WAYNE RAMOS DE BRITO (00202534892700000101)	17/03/2021	98	0.71	R\$ 69,58
486386 - I	WERONICA CRISTINA RODRIGUES NOGUEIRA (00202535669300000101)	26/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
486386 - I	WERONICA CRISTINA RODRIGUES NOGUEIRA (00202535669300000101)	26/02/2021	56	0.71	R\$ 39,76

Totalizador

Nº de USOs: 4221
Nº de atendimentos: 39
Valor: R\$ 2.487,42

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 4221
Nº de atendimentos: 39
Valor: R\$ 2.487,42

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 4221
Nº de atendimentos: 39
Valor: R\$ 2.487,42

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

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

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

Data e Hora de Emissão: 31/03/2021 10:58

Página 2 de 2



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AF

501217
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/21	4-Data de Autorização 17/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8394310	7-Data Validade da Senha 15/10/21
8-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS					
11-Data Validade da Carteira 17/10/21					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA					
14-Telefone () - -					
15-Nome do titular do plano ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNÓSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM					
18-Número no CRO 4930					
19-UF DF					
20-Código CBO S 09					
25 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120					
22-Nome do Contratado Escutante FREDERICO FENELON GUIMARAES					
23-Número no CRO 4930					
24-UF DF					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Escutante 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 Clon	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			22/03/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 22/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 46,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 22/03/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/21	52-Data, local e Carimbo da Empresa 22/03/21
--	---	---

Odontologia Fenelon Ltda.
03.628.1224-11

236



AURILENE CHAGAS DE LIMA

29/09/1972

(14) eletrônica

(15) Monia do Brasil do piano

AURILENE CHAGAS DE LIMA

[illegible]

contrato. Devido, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), envolvem realização de procedimentos de caráter administrativo, 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, compreendendo-a a partir dos custos conforme previsto em contrato.

Reduza o consumo no site.

Page 1

CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTDA

CNPJ: 03.628.122/0001-15 *gustavo*



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP

501480
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/03/21	4-Data de Autorização 18/03/21	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8395220	7-Data Validade da Serinha 15/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Nome da Carteira 00202530756600021801	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 BRUNO DA COSTA LIMA		14-Telefone 09/08/1987	15-Nome do titular do plano BRUNO DA COSTA LIMA		
Dados da Contratação 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 da 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 (R) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentesRegião	34-Face	35-Qtd
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oftalmologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7800	47-Valor Total R\$ 3510	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 18/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/03/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/03/21		

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



499579
INTERCÀMBIO

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

494750
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2013	4-Data de Autorização 10/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8369715	7-Data Validade da Senha 07/10/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		5-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
5-Número de Carteira 00202535940600000101		13-Nome CIBELE MARIA DA SILVA		14-Telefone 06/09/1987 (61) 99572-9268		15-Nome do titular do plano CIBELE MARIA 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 (I) 81000421-RPID (I) 81000421-			
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930		28-UF DF		29-Código CBO S				(I) 81000421-RIS (I) 81000421-			

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/03/2013	10.03.2013	elb
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/03/2013	10.03.2013	elb
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/03/2013	10.03.2013	elb
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/03/2013	10.03.2013	elb
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/03/21	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Forma de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 39,26	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(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 10/03/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO 4930	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 10/03/21 Cibeles Fenelon	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 10/03/21 Cibeles Fenelon	53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 10/03/21 Cibeles Fenelon
---	---	---	---

Odontolife OK
mira

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



489538
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2021	4-Data de Autorização 04/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8349853	7-Data Validade da Senha 01/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202534158000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CLEONICE SOUSA GOMES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLEONICE SOUSA GOMES
---------------------------------	----------------------	---

16-Acordamento 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 S	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 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/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	05/10/2021	X Fenelon
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMDS		1	14,00	0,00		S	05/10/2021	X Fenelon
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	05/10/2021	X Fenelon
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	05/10/2021	X Fenelon
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	05/10/2021	X Fenelon
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/2021	44-Tipo de Atendimento 12	45-Tipo de Faturamento 1	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 85,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2021 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2021 X Fenelon Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2021
---	--	---	---

Clinica de Radiologia Odontologica Fenelon Ltda
CNPJ: 03.28.122/0001-15



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

489559
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/21	4-Data de Autorização 04/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8349925	7-Data Validade da Senha 01/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534158000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLEONICE SOUSA GOMES		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLEONICE SOUSA GOMES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNÓSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-LUF 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-LUF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 8100421-
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-LUF 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			05/03/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/03/21	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 05/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/21 Cleonice Sousa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/03/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.328.122/0001-15
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-H

495907
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/21	4-Data de Autorização 11/03/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8374575	7-Data Validade da Guia 08/06/21
8-Número da Carteira 00202535463000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO JOSE SALLES DA SILVA		14-Telefone 21/08/1987	15-Nome do titular do plano JOSE PIO DA SILVA		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM		18-Número do CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executor FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número do CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Envia - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE
26-Nome do Profissional Executor FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número do CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7800	0,00			11/03/21		reg
2-0	081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	1400	0,00			11/03/21		reg
3-0	081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1400	0,00			11/03/21		reg
4-0	081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	1400	0,00			11/03/21		reg
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/03/21	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 1200,00	47-Valor Total R\$ 1200,00	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 11/03/21	51-Data, local e Assinatura do Responsável 11/03/21	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	--	---

53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	55-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

56-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	57-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	58-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

59-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	60-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	61-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

62-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	63-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	64-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

65-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	66-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	67-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

68-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	69-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	70-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

71-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	72-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	73-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

74-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	75-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	76-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

77-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	78-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	79-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

80-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	81-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	82-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

83-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	84-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	85-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

86-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	87-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	88-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

89-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	90-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	91-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

92-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	93-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21	94-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/03/21
---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



490754
INTERCÂMBIO

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

492428
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/03/2021	4-Data de Autorização 10/03/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8361202	7-Data Validade da Senha 03/06/2021
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 002025353860000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GISELY ALVES RODRIGUES		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ITALO FERNANDO GOMES DA CUNHA		
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 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME
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 Oclusa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	11/03/2021		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	11/03/2021		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	11/03/2021		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	11/03/2021		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	11/03/2021		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/03/2021	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 85,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 11/03/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/03/2021
---	---	---	---

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

496287
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2013	4-Data de Autorização 11/01/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8376255	7-Data Validade da Senha 08/06/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025361620000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABEL ALVES DA SILVA DE OLIVEIRA		14-Telefone () 3547-0017	15-Nome do titular do plano ISABEL ALVES DA SILVA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV 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 da Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executor FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (R) 81000405
26-Nome do Profissional Executor 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			11/03/2013		Isabel
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/03/2013	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\$ 45,24	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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alterada a Guia de temporária para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/2013	51-Data, local e Assinatura do Profissional Foneleon 11/03/2013 Foneleon Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/2013 Isabel	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/03/2013 Odontologica Foneleon Ltda CNPJ 06.1220001-15
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-9F

489688
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8350496	7-Data Validade da Senha 01/10/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253569300001013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ISABELLA CRISTINA BARBOSA RODRIGUES		14-Telefone 11/12/2011	15-Nome do titular do plano WERONICA CRISTINA RODRIGUES NOGUEIRA									
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 Exercente FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNEB 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405							
26-Nome do Profissional Exercente 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 Cita	42-Assinatura
1	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0,00		S	04/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 04/10/2012		44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncologia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 7800		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), 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, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/2012												
51-Data, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2012												
52-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2012												
53-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa 04/10/2012												

Dr. Frederico Fenelon

CRO 4930-DF
RadiologistaEMPRESA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON LTDA
CNPJ: 03.628.122/0001-15

Núcleo



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.40



1-Registro ABO: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 05/03/21	4-Data de Autorização: 10/03/21	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8361148	7-Data Validade da Senha: 03/06/21	492411 INTERCÂMBIO
------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------

8-Número da Carteira: 000202535388600000101	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ITALO FERNANDO GOMES DA CUNHA	14-Telefone: (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano: ITALO FERNANDO GOMES DA CUNHA		

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número na 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 na CRO: 4930	24-UF: DF	25-Código CNES:	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante: FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número na CRO: 4930	28-UF: DF	29-Código CBO S:	(i) 81000375-RMD (i) 81000375-RPE (i) 81000421-RPID (i) 81000375-RME (i) 81000421- (i) 81000375-RPD (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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	11/02/21		
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	11/02/21		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento: 11/03/21	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 98,00	47-Valor Total R\$: 69,58	48-Total Franquia / Co-participação R\$:
--	--	---	-------------------------------	---------------------------	--

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

49-Observação:

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 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/03/21	53-Data, local e Carimbo de Empresa: 11/03/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 08.628.122/0001-15
---	--	---	--

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F

488977
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/03/21	4-Data de Autorização 03/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8347614	7-Data Validade da Senha 31/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527404100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JHAMES DA SILVA RODRIGUES	14-Telefone 28/12/1979 (91) 98153-5112	15-Nome do titular do plano JHAMES DA SILVA 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 CRO 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 (1) 81000421-RIS	Enviar - RX
--	---	--------------------------	-------------	------------------------------------	-------------

26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CRO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	1400	0,00			12/03/2021		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/03/21	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1400	47-Valor Total R\$ 894	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 Radiologista 12/03/21 FREDERICO FENELON GUIMARAES CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/03/21	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/03/21 FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM CNPJ: 03.628.722/0001-15
--	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

483834
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Semra AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8325014	7-Data Validade da Semra 25/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253068290000503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SERVIX ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOÃO PEDRO PIMENTEL DE LIMA		14-Telefone 30/06/2014	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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00181000405	31-Código do Procedimento	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
2-					36-Quantidade US 7800
3-					37-Valor 000
4-					38-Franquia/Co-participação R\$ S 25/10/2012
5-					39-Aut
6-					40-Data de Realização
7-					41-Motivo da Causa
8-					42-Assinatura
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 06/10/2012		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 7800	47-Valor Total R\$ 4584
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-Observações Pedido amarcado no site					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/10/2012	54-Data, local e Assinatura da Empresa 06/10/2012	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

494757
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/2013	4-Data de Autorização 10/02/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8369740	7-Data Validade da Senha 10/02/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202535939700001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOSE IREMAR PEREIRA	14-Telefone 25/01/1973 (161) 9999-7038	15-Nome do titular do plano JOSE IREMAR PEREIRA
--------------------------------	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alcôndimento a RV 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 (I) 81000421-RPSE	Enviar - RX (I) 81000421-
--	---	--------------------------	-------------	-------------------------------------	------------------------------

26-Nome do Profissional Contratado 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	01081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00		S	10/03/2013		
2	01081000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00		S	10/03/2013		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/03/2013	44-Tipo de Alôndimento 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\$ 10,88	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/2013 Instituto de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.028.722/0001-15
---	--	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249

486391
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/06/2012	4-Data de Autorização 03/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8337522	7-Data Validade da Senha 21/05/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025356930000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome KAUA PABLO BARBOSA RODRIGUES		14-Telefone 07/09/2007	15-Nome do titular do plano WERONICA CRISTINA RODRIGUES NOGUEIRA									
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 Enviar - RX (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (II) 81000405 (I) 81000375-RPE							
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00		S	04/03/2012		
2	00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00		S	04/03/2012		
3	00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00		S	04/03/2012		
4	00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00		S	04/03/2012		
5	00181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00		S	04/03/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 04/03/2012		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 134,00		47-Valor Total RS 0,00		48-Total Franquia / Co-participação RS		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, o(s) paciente(s) 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 04/03/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/03/2012 RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTD CNPJ: 03.628.122/0001-15						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

234

492937
INTERCÂMBIO

1-Recibo ANS 406414	2-Dados de Emissão da Guia 01/06/11 03/12/11	3-Declar. Autorização 01/06/11 03/12/11	4-Sócio AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8362681	6-Data Validade da Guia 01/06/11 03/12/11
Dados do Beneficiário					
7-Número do Cartão 010202053552690000010101	8-Plan POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome KELLY ABREU MIRANDA					
13-Data 23/10/2002					
14-Telefone () - - - - -					
15-Endereço do titular do plano KELLY ABREU MIRANDA					
Dados do Contratado Temporário pelo Sistema					
16-Identificação e RN N	17-Atividade do Profissional Contratado FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM		18-Número do CBO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09
21-Código de Qualidade / CBO / CPF 1703343330120	22-Nome do Contratado Exercente FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número do CBO 4930	24-UF DF	25-Código CBO S 09
26-Nome do Profissional Exercente FREDERICO FENELON GUIMARAES					
27-Número do CBO 4930					
28-UF DF					
29-Código CBO S 09					
30-Data 02/03/2011					
31-Data 02/03/2011					
32-Data 02/03/2011					
33-Data 02/03/2011					
34-Data 02/03/2011					
35-Data 02/03/2011					
36-Data 02/03/2011					
37-Data 02/03/2011					
38-Data 02/03/2011					
39-Data 02/03/2011					
40-Data 02/03/2011					
41-Data 02/03/2011					
42-Data 02/03/2011					
43-Data 02/03/2011					
44-Data 02/03/2011					
45-Data 02/03/2011					
46-Data 02/03/2011					
47-Data 02/03/2011					
48-Data 02/03/2011					
49-Data 02/03/2011					
50-Data 02/03/2011					
51-Data 02/03/2011					
52-Data 02/03/2011					
53-Data 02/03/2011					
54-Data 02/03/2011					
55-Data 02/03/2011					
56-Data 02/03/2011					
57-Data 02/03/2011					
58-Data 02/03/2011					
59-Data 02/03/2011					
60-Data 02/03/2011					
61-Data 02/03/2011					
62-Data 02/03/2011					
63-Data 02/03/2011					
64-Data 02/03/2011					
65-Data 02/03/2011					
66-Data 02/03/2011					
67-Data 02/03/2011					
68-Data 02/03/2011					
69-Data 02/03/2011					
70-Data 02/03/2011					
71-Data 02/03/2011					
72-Data 02/03/2011					
73-Data 02/03/2011					
74-Data 02/03/2011					
75-Data 02/03/2011					
76-Data 02/03/2011					
77-Data 02/03/2011					
78-Data 02/03/2011					
79-Data 02/03/2011					
80-Data 02/03/2011					
81-Data 02/03/2011					
82-Data 02/03/2011					
83-Data 02/03/2011					
84-Data 02/03/2011					
85-Data 02/03/2011					
86-Data 02/03/2011					
87-Data 02/03/2011					
88-Data 02/03/2011					
89-Data 02/03/2011					
90-Data 02/03/2011					
91-Data 02/03/2011					
92-Data 02/03/2011					
93-Data 02/03/2011					
94-Data 02/03/2011					
95-Data 02/03/2011					
96-Data 02/03/2011					
97-Data 02/03/2011					
98-Data 02/03/2011					
99-Data 02/03/2011					
100-Data 02/03/2011					

Dr. Frederico Fenelon
CRM 143.407
RachidobrasCLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTDA
CNPJ: 03.628.122/0001-15



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

489533
INTERCÂMBIO

1-Registro / ANS 406414	3-Data de Emissão / 1 03/03/2021	4-Data de Autorização 04/03/2021	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8349816	7-Data Validade da Serina 01/06/2021
----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 002025341580000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LAERKSON DE SOUSA SILVA	20/10/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLEONICE SOUSA GOMES	

16-Alcance 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 CNEB	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME (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	05/03/2021		x Laerkson
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	05/03/2021		x Laerkson
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	05/03/2021		x Laerkson
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	05/03/2021		x Laerkson
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	05/03/2021		x Laerkson
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	05/03/2021		x Laerkson
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/03/2021	44-Tipo do Atendimento Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Pedido anexado no site

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/03/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/2021 Frederico Fenel CRO 4930 DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/2021 x Laerkson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/03/2021
---	--	--	---

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

03.628.122/0001.152



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

E-AP



1-Região ABE 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/03/21	3-Data de Autorização 11/03/21	4-Estado AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8397772	6-Data Validade da Guia 15/03/21	7-Data Validade da Guia 15/03/21	8-Data Validade da Guia 15/03/21
9-Plano POS REDE PRESTADORA							
10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA							
11-Data Validade da Carteira 11/03/21							
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 502190 INTERCÂMBIO							
13-Nome LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
14-Data de Nascimento 27/11/1988							
15-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
16-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
17-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
18-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
19-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
20-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
21-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
22-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
23-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
24-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
25-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
26-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
27-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
28-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
29-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
30-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
31-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
32-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
33-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
34-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
35-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
36-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
37-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
38-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
39-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
40-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
41-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
42-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
43-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
44-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
45-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
46-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
47-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
48-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
49-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
50-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
51-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
52-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
53-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
54-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
55-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
56-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
57-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
58-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
59-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
60-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
61-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
62-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
63-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
64-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
65-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
66-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
67-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
68-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
69-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
70-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
71-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
72-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
73-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
74-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
75-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
76-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
77-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
78-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
79-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
80-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
81-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
82-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
83-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
84-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
85-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
86-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
87-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
88-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
89-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
90-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
91-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
92-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
93-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
94-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
95-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
96-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
97-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
98-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
99-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							
100-Endereço do Paciente LUCY ELAYNE DUARTE SILVA							



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2013	4-Data de Autorização 10/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8365360	7-Data Validade da Senha 06/10/2013	493635 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253561540000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA			

13-Nome MARCELLE SANTOS DE MENEZES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MARCELLE SANTOS DE MENEZES
---------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número do CRO 4930	18-UF DF	19-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RH 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 do CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
--	---	--------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número do 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			10/03/13		marcelle
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/03/13	44-Tipo de Atendimento 1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Contratado-Dentista Solicitante 10/10/2013	51-Data, Local e Assinatura do Contratado-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2013 marcelle santos de menezes	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 10/10/2013 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
--	--	---	---

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

497826
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/12	4-Data de Autorização 15/03/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8381957	7-Data Validade da Senha 10/06/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025359960000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCOS DAVI DE JESUS OLIVEIRA		14-Telefone 28/11/2012 (61) 9338-6770	15-Nome do titular do plano SOLINEIDE BATISTA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7833430120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número na CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 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-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,10		S	16/03/12		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/03/12	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\$ 15,24	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 16/03/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/12 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/03/12
---	---	---	---

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



555



Dr. Frederico Fenelon
Radiologista
CRO-DF 4930

Clinica de Radiologia e Ultrassonografia Fenecon Ltda.
03.6281-220001-152



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro: ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 11/03/2021 3-Data de Autorização 11/03/2021 4-Senha AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8374821 6-Data Validade da Senha 08/06/2021 7-Nº 495972 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002022536230200000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número de Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MAURO HENRIQUE FERNANDES 14-Telefone (11) 1111-1111 15-Nome do titular do plano MAURO HENRIQUE FERNANDES 16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 29/04/1989

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 5 025 - 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 5 025 - Enviar - RX (I) 81000405 (II) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME

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	12/03/2021		Xmauro
2	0081000405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	12/03/2021		Xmauro
3	0081000405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	12/03/2021		Xmauro
4	0081000405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	12/03/2021		Xmauro
5	0081000405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	12/03/2021		Xmauro
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/03/2021 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 134,00 47-Valor Total R\$ 185,00 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 12/03/2021 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista FREDERICO FENELON CRO 4930-DF Radiologista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/2021 Xmauro 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/2021 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/03/2021 4-Data de Autorização 17/03/2021 5-Serina AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8389526 7-Data Validade da Serina 14/06/2021 499946 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202535420900000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome RAFAEL RODRIGUES CELESTINO 14-Telefone 07/01/1986 15-Nome do titular do plano RAFAEL RODRIGUES CELESTINO

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM 18-Número no CRO 4930 19-LUF DF 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120 22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES 23-Número no CRO 4930 24-LUF DF 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPSE (I) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES 27-Número no CRO 4930 28-LUF DF 29-Código CBO S (I) 81000421- (I) 81000421-

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	17/03/2021		X Rafael
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	17/03/2021		X Rafael
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	17/03/2021		X Rafael
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	17/03/2021		X Rafael
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Emissão Termo de Tratamento 17/03/2021 44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 56,00 47-Valor Total R\$ 39,46 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 17/03/2021 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista FREDERICO FENELON CRO 4930 DF Radiologista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/03/2021 Rafael 53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/03/2021 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



487246
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/2011	4-Data de Autorização 03/03/2011	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8340576	7-Data Validade da Serção 30/05/2011
8-Número da Carteira 00202532680500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAIARA ALVES SANTANA		14-Telefone 25/03/1996	15-Nome do titular do plano RAIARA ALVES SANTANA		
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM		18-Número no CRO 4930	19-UF DF
21-Código de Operador / CNPJ / CPF 78343301120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930		28-UF DF	29-Código CBO S
30-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405					
31-Data de Realização 06/03/2011					
32-Motivo da Guia 42-Assinatura Raiana					
33-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	34-Quantidade US 7,8000	35-Valor 0,00	36-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	37-Valor Total R\$ 7,8000	38-Franquia / Co-participação R\$
39-Data de Realização 06/03/2011					
40-Data de Realização 06/03/2011					
41-Motivo da Guia 42-Assinatura Raiana					
43-Data de Realização 06/03/2011					
44-Data de Realização 06/03/2011					
45-Data de Realização 06/03/2011					
46-Data de Realização 06/03/2011					
47-Data de Realização 06/03/2011					
48-Data de Realização 06/03/2011					
49-Data de Realização 06/03/2011					
50-Data de Realização 06/03/2011					
51-Data de Realização 06/03/2011					
52-Data de Realização 06/03/2011					
53-Data de Realização 06/03/2011					
54-Data de Realização 06/03/2011					
55-Data de Realização 06/03/2011					
56-Data de Realização 06/03/2011					
57-Data de Realização 06/03/2011					
58-Data de Realização 06/03/2011					
59-Data de Realização 06/03/2011					
60-Data de Realização 06/03/2011					
61-Data de Realização 06/03/2011					
62-Data de Realização 06/03/2011					
63-Data de Realização 06/03/2011					
64-Data de Realização 06/03/2011					
65-Data de Realização 06/03/2011					
66-Data de Realização 06/03/2011					
67-Data de Realização 06/03/2011					
68-Data de Realização 06/03/2011					
69-Data de Realização 06/03/2011					
70-Data de Realização 06/03/2011					
71-Data de Realização 06/03/2011					
72-Data de Realização 06/03/2011					
73-Data de Realização 06/03/2011					
74-Data de Realização 06/03/2011					
75-Data de Realização 06/03/2011					
76-Data de Realização 06/03/2011					
77-Data de Realização 06/03/2011					
78-Data de Realização 06/03/2011					
79-Data de Realização 06/03/2011					
80-Data de Realização 06/03/2011					
81-Data de Realização 06/03/2011					
82-Data de Realização 06/03/2011					
83-Data de Realização 06/03/2011					
84-Data de Realização 06/03/2011					
85-Data de Realização 06/03/2011					
86-Data de Realização 06/03/2011					
87-Data de Realização 06/03/2011					
88-Data de Realização 06/03/2011					
89-Data de Realização 06/03/2011					
90-Data de Realização 06/03/2011					
91-Data de Realização 06/03/2011					
92-Data de Realização 06/03/2011					
93-Data de Realização 06/03/2011					
94-Data de Realização 06/03/2011					
95-Data de Realização 06/03/2011					
96-Data de Realização 06/03/2011					
97-Data de Realização 06/03/2011					
98-Data de Realização 06/03/2011					
99-Data de Realização 06/03/2011					
100-Data de Realização 06/03/2011					

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
51-Data, local e Assinatura do Responsável
52-Data, local e Assinatura do Responsável
53-Data, local e Assinatura do Responsável
54-Data, local e Assinatura do Responsável
55-Data, local e Assinatura do Responsável
56-Data, local e Assinatura do Responsável
57-Data, local e Assinatura do Responsável
58-Data, local e Assinatura do Responsável
59-Data, local e Assinatura do Responsável
60-Data, local e Assinatura do Responsável
61-Data, local e Assinatura do Responsável
62-Data, local e Assinatura do Responsável
63-Data, local e Assinatura do Responsável
64-Data, local e Assinatura do Responsável
65-Data, local e Assinatura do Responsável
66-Data, local e Assinatura do Responsável
67-Data, local e Assinatura do Responsável
68-Data, local e Assinatura do Responsável
69-Data, local e Assinatura do Responsável
70-Data, local e Assinatura do Responsável
71-Data, local e Assinatura do Responsável
72-Data, local e Assinatura do Responsável
73-Data, local e Assinatura do Responsável
74-Data, local e Assinatura do Responsável
75-Data, local e Assinatura do Responsável
76-Data, local e Assinatura do Responsável
77-Data, local e Assinatura do Responsável
78-Data, local e Assinatura do Responsável
79-Data, local e Assinatura do Responsável
80-Data, local e Assinatura do Responsável
81-Data, local e Assinatura do Responsável
82-Data, local e Assinatura do Responsável
83-Data, local e Assinatura do Responsável
84-Data, local e Assinatura do Responsável
85-Data, local e Assinatura do Responsável
86-Data, local e Assinatura do Responsável
87-Data, local e Assinatura do Responsável
88-Data, local e Assinatura do Responsável
89-Data, local e Assinatura do Responsável
90-Data, local e Assinatura do Responsável
91-Data, local e Assinatura do Responsável
92-Data, local e Assinatura do Responsável
93-Data, local e Assinatura do Responsável
94-Data, local e Assinatura do Responsável
95-Data, local e Assinatura do Responsável
96-Data, local e Assinatura do Responsável
97-Data, local e Assinatura do Responsável
98-Data, local e Assinatura do Responsável
99-Data, local e Assinatura do Responsável
100-Data, local e Assinatura do Responsável

Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda
CNPJ: 03.628.122/0001-45



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

483204
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2021	4-Data de Autorização 25/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8322443	7-Data Validade da Senha 24/10/2021
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 0020252740410000102	5-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SHELLY PINTO FRAZAO RODRIGUES		14-Telefone 01/03/1983	15-Nome do titular do plano JHAMES DA SILVA 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
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
1	00181000294	LEVANTAMENTO			1
2					2
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-Autorização					
43-Data Previsto Término do Tratamento 04/03/2021					
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 2220,00					
47-Valor Total R\$ 110,88					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 04/03/2021					
51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 04/03/2021					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/2021					
53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
55-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
56-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
57-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
58-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
59-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
60-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
61-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
62-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
63-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
64-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
65-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
66-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
67-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
68-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
69-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
70-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
71-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
72-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
73-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
74-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
75-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
76-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
77-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
78-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
79-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
80-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
81-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
82-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
83-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
84-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
85-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
86-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
87-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
88-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
89-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
90-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
91-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
92-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
93-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
94-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
95-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
96-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
97-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
98-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
99-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					
100-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 04/03/2021					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

501239
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/21	4-Data de Autorização 11/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8394361	7-Data Validade da Senha 15/06/21
8-Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 002025267800040402		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Nome SIMONE NOGUEIRA DE OLIVEIRA SANTOS		15-Data de Nascimento 21/10/1985	16-Telefone () -	17-Nome do titular do plano ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA	
18-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Atendimento a RN N	20-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM		21-Número no CRO 4930	22-UF DF	23-Código CBO S 09
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		25-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	26-Número no CRO 4930	27-UF DF	28-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
29-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		30-Número no CRO 4930	31-UF DF	32-Código CBO S	

33-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Dente/Região	38-Face	39-Qtd	40-Quantidade US	41-Valor	42-Franquia/Co-participação R\$	43-Aut	44-Data de Realização	45-Motivo da Glosa	46-Assinatura
	1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0,00			22/03/21		
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												
	12												
	13												
	14												
	15												
47-Data Previsto Término do Tratamento 22/03/21													
48-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência													
49-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial													
50-Total Quantidade US 7800													
51-Valor Total R\$ 45,00													
52-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(a) 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.

Observação

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/03/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/21 x	56-Data, local e Assinatura da Empresa 22/03/21 Radiologia Odontológica Fenelon Ltda. 03.628.122/0001-15
--	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

487366
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (01/03/21)	4-Data de Autorização (01/03/21)	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8341080	7-Data Validade da Serina (30/03/21)							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira (0020215351420000101)	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome VIVIANE VIEIRA DE MORAIS		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano VIVIANE VIEIRA DE MORAIS									
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 1-00181000294	31-Código do Procedimento LEVANTAMENTO	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					1	22200	000			03/03/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 03/03/21		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 22200		47-Valor Total R\$ 11988		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 03/03/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 03/03/21 Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/21 Viviane Vieira		53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 03/03/21 Odontologia Fenelon L CNPJ: 06.928.125/000115						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º

501708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2021	4-Data de Autorização 18/03/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8396326	7-Quantidade de Sessão 15/06/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

8-Número da Carteira 0020202534892700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/03/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome WAYNE RAMOS DE BRITO	14-Data 04/11/1989	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular do plano WAYNE RAMOS DE BRITO
---------------------------------	-----------------------	-------------------------------	---

18-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 ONES	Enviar - RX (I) 81000405 (II) 81000421-RIS (III) 81000421-RPSE (IV) 81000421-RPIE
--	---	--------------------------	-------------	----------------	--

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	18/03/2021		X Wayne
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	18/03/2021		X Wayne
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	18/03/2021		X Wayne
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	18/03/2021		X Wayne
5-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	18/03/2021		X Wayne
6-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	18/03/2021		X Wayne
7-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	18/03/2021		X Wayne
8-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	18/03/2021		X Wayne
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/03/2021	44-Tipo de Atendimento 1-1-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 1.146,80	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, o 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 18/03/2021	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/2021 Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2021 X Wayne	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 18/03/2021
---	--	---	---

Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda
CNPJ: 03.628.022/0001-15



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

486386
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/02/2011	4-Data de Autorização 03/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8337517	7-Data Validade da Senha 21/02/2011										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00020253569300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde										
13-Nome WERONICA CRISTINA RODRIGUES NOGUEIRA		14-Telefone 18/07/1990	15-Nome do titular do plano WERONICA CRISTINA RODRIGUES NOGUEIRA												
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 CNE S										
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/Rapido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita	42-Assinatura			
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	4,00	0,00		S	04/03/21					
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	4,00	0,00		S	04/03/21					
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	4,00	0,00		S	04/03/21					
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	4,00	0,00		S	04/03/21					
5	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	0,00		S	04/03/21					
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsto Término do Tratamento 04/03/21						44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 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), 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-Assinatura e Assinatura do Profissional Solicitante 04/03/21		51-Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista		52-Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/21		53-Assinatura e Assinatura do Profissional RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTD A CNPJ: 03.628.122/0001-15 Aluano									