

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

Razão Social: CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON LTDA

CNPJ: 03628122000115 (FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (16292) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
444001 - I	BRUNA LIDIA DE ALMEIDA NUNES VILA NOVA (00202533975400000101)		18/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
444001 - I	BRUNA LIDIA DE ALMEIDA NUNES VILA NOVA (00202533975400000101)		18/12/2020	84	0.71	R\$ 59,64
436002 - I	CAMILA FIRMINO ALVES (00202526867800022501)		07/12/2020	14	0.71	R\$ 9,94
442417 - I	CAMILA FIRMINO ALVES (00202526867800022501)		17/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
447499 - I	CELIA REGINA COSTA MARINHO (00202528080700000101)		05/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
449167 - I	DIVINA ARCANJO DE SOUSA (00202532848600000101)		07/01/2021	56	0.71	R\$ 39,76
450260 - I	GABRIEL GRISOLIA SANTORO (00202534661200000101)		09/01/2021	381	0.4	R\$ 152,40
459358 - I	GABRIEL GRISOLIA SANTORO (00202534661200000101)		21/01/2021	168	0.71	R\$ 119,28
449467 - I	HOSANITA RICCIO DE QUEIROZ (00202530682900001102)		07/01/2021	14	0.71	R\$ 9,94
459354 - I	JEFERSON DE CARVALHO FERREIRA (00202534228300000101)		21/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
459354 - I	JEFERSON DE CARVALHO FERREIRA (00202534228300000101)		21/01/2021	56	0.71	R\$ 39,76
444003 - I	JOAO VICTOR NUNS SILVA (00202533975400000103)		18/12/2020	28	0.71	R\$ 19,88
443999 - I	JUAN PABLO NUNES SILVA NOVA (00202533975400000104)		18/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
423150 - I	LARA SILVERIO PEREIRA DOS SANTOS (00202507811900299103)		19/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
454245 - I	MATHEUS LUIS DOS SANTOS ALVES (00202534636000000101)		14/01/2021	313	0.4	R\$ 125,20
454245 - I	MATHEUS LUIS DOS SANTOS ALVES (00202534636000000101)		14/01/2021	56	0.71	R\$ 39,76
438185 - I	MICHELE DE OLIVEIRA RODRIGUES (00202528914100000101)		10/12/2020	346	0.4	R\$ 138,40
444004 - I	MILENA GABRIELA DE ALMEIDA (00202533975400000102)		18/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
448930 - I	MOHSIN ALI (00202534377100000101)		07/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
455218 - I	MOISES WILLIAM DE OLIVEIRA SANTOS (00202511178100008401)		16/01/2021	222	0.54	R\$ 119,88
452552 - I	NAAMA ALMEIDA MOTA (00202534334800000101)		13/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
452552 - I	NAAMA ALMEIDA MOTA (00202534334800000101)		13/01/2021	140	0.71	R\$ 99,40
436399 - I	NERLY ALMEIDA DA SILVA (00202533945700000101)		08/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
459340 - I	PAULO DA ROCHA FILHO (00202532500400000101)		21/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
454666 - I	ROMULO DOS SANTOS MORAES (00202534090800000101)		15/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
454666 - I	ROMULO DOS SANTOS MORAES (00202534090800000101)		15/01/2021	112	0.71	R\$ 79,52
454258 - I	VALERIA ALVES (00202534031800000101)		14/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
454258 - I	VALERIA ALVES (00202534031800000101)		14/01/2021	42	0.71	R\$ 29,82
457023 - I	VYTORIA ALVES DE CARVALHO (00202534031800000102)		19/01/2021	381	0.4	R\$ 152,40
Totalizador						
				N° de USOs:		3427
				N° de atendimentos:		23
				Valor:		R\$ 1.823,10

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

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

Data e Hora de Emissão: 28/01/2021 09:40

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	3427
N° de atendimentos:	23
Valor:	R\$ 1.823,10

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	3427
N° de atendimentos:	23
Valor:	R\$ 1.823,10

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

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

Data e Hora de Emissão: 28/01/2021 09:40

Página 2 de 2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



444001
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8158904	7-Data Validade da Senha 18/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533975400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNA LIDIA DE ALMEIDA NUNES VILA NOVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNA LIDIA DE ALMEIDA NUNES VILA NOVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000421-RPSE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME (I) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	18/01/21		Bruna
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	18/01/21		Bruna
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	18/01/21		Bruna
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	18/01/21		Bruna
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	18/01/21		Bruna
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	18/01/21		Bruna
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	18/01/21		Bruna
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/01/21	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 162,00	47-Valor Total R\$ 106,88	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 18/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/01/21 Bruna Lidia de Almeida Nunes Vila Nova	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/01/21 Clínica de Radiologia Odontologica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



442417
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/12/20	4-Data de Autorização 18/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8152349	7-Data Validade da Senha 17/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526867800022501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAMILA FIRMINO ALVES		14-Telefone 24/01/1997	15-Nome do titular do plano CAMILA FIRMINO ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	06/01/21		<i>camila ff</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/01/21	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 1502,40	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21 Camila F. Fenelon	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/01/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda
---	---	--	--

CNPJ: 03.628.122/0001-15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



436002
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2020	4-Data de Autorização 08/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8123541	7-Data Validade da Senha 07/03/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202526867800022501		13-Nome CAMILA FIRMINO ALVES		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CAMILA FIRMINO ALVES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM		18-Número no CRO 4930		19-UF DF		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930		24-UF DF		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000421-			
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930		28-UF DF		29-Código CBO S							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			06/01/21		CAMILA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 06/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21 Camila J. Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/01/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



447499
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/01/21	4-Data de Autorização 05/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172151	7-Data Validade da Senha 05/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202528080700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CELIA REGINA COSTA MARINHO 20/04/1960			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CELIA REGINA COSTA MARINHO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES				27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/01/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/01/21	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação Pedido anexo no site.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 07/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/01/21
---	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon
CRO 4930-DF
Radiologista

CLINICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON LTDA
07/01/21



449167
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/01/21	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8177840	7-Data Validade da Senha 07/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025328486000000101									
13-Nome DIVINA ARCANJO DE SOUSA		14-Telefone 12/05/1973		15-Nome do titular do plano DIVINA ARCANJO DE SOUSA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4930		19-UF DF		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930		24-UF DF		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930		28-UF DF		29-Código CBO S		(I) 81000421-RPSE (I) 81000421- (I) 81000421-RPIE	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	12/01/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	12/01/21		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	12/01/21		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	12/01/21		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 39,76	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação Pedido anexado no site

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/21
---	---	---	---

Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon LTDA
CNPJ: 03.628.122/0001-15



459358
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/21	4-Data de Autorização 22/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8218874	7-Data Validade da Senha 21/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534661200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL GRISOLIA SANTORO		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano GABRIEL GRISOLIA SANTORO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RIS (I) 81000421- (I) 81000421-RII
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPSE (I) 81000421- (I) 81000421-RPID (I) 81000421-RCIE (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPIE

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	RMSE		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
11	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
12	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Fenelon
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 22/01/2021	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento TI 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 168,00	47-Valor Total R\$ 119,28	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	--	----------------------------------	------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/2021 Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/2021 Fenelon SANTORO	53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 22/01/2021 Fenelon SANTORO
--	--	---	---

CNPJ: 03.028.122/0001-15



450260
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/01/21	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8181625	7-Data Validade da Senha 09/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253466120000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL GRISOLIA SANTORO		14-Telefone 29/08/1979	15-Nome do titular do plano GABRIEL GRISOLIA SANTORO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00345		DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	11/01/21		Juff. Santos
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/21	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 381,00	47-Valor Total R\$ R\$ 152,40	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/21 Gabriel Grisolia Santos	53-Data, local e Assinatura do Responsável 11/01/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon-LTD CNPJ: 03.628422/0001-15
---	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

449467
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 07/01/21 4-Data de Autorização 11/01/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8178872 7-Data Validade da Senha 07/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530682900001102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SERVIX ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome HOSANITA RICCIO DE QUEIROZ 25/03/1964 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano LEINALDO GUIMARAES DE QUEIROZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM 18-Número no CRO 4930 19-UF DF 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120 22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES 23-Número no CRO 4930 24-UF DF 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES 27-Número no CRO 4930 28-UF DF 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00		S	12/03/21		
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-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\$ 0,00

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 12/03/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/21 Frederico Fenelon
CRO 4930-DF
Radiologista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/21 Leinaldo Guimarães de Queiroz

53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon L.
CNPJ: 03.628.122/0001-15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



459354
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/12	4-Data de Autorização 21/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8218840	7-Data Validade da Senha 21/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534228300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JEFERSON DE CARVALHO FERREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JEFERSON DE CARVALHO FERREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	22/01/12		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	22/01/12		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	22/01/12		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	22/01/12		
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	22/01/12		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/01/12	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 134,00	47-Valor Total R\$ 85,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/12 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa 22/01/12 CLÍNICA DENTÁRIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTDA CNPJ: 03.628.122/0001-15
--	---	---	---



444003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8158905	7-Data Validade da Senha 18/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253397540000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAO VICTOR NUNS SILVA		14-Telefone 06/02/2010	15-Nome do titular do plano BRUNA LIDIA DE ALMEIDA NUNES VILA NOVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000421-RIS

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	RMIE		1	14,00	0,00		S	11/01/21		Brune
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	11/01/21		Brune
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	47-Valor Total R\$ 19,88	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 11/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/21
---	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon
Radiologista
CRO-DF 4930

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



443999
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8158889	7-Data Validade da Senha 18/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533975400000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JUAN PABLO NUNES SILVA NOVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNA LIDIA DE ALMEIDA NUNES VILA NOVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	11/01/21		Bruna
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação O nome do paciente na carteira está incorreto o mesmo pediu alteração no nome. Juan Pablo Nunes Silva Nova.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/21 Bruna Lidia de Almeida Nunes Vila Nova	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	---	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8070297	7-Data Validade da Senha 17/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507811900299103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LARA SILVERIO PEREIRA DOS SANTOS		14-Telefone (61) 9174-9756	15-Nome do titular do plano ROBERTA SILVERIO DE JESUS DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
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	25/01/2021		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/01/21	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/01/21 Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda. 03.626.1226001-13
--	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



454245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 16/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8198199	7-Data Validade da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253463600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MATHEUS LUIS DOS SANTOS ALVES		14-Telefone 10/11/1995	15-Nome do titular do plano MATHEUS LUIS DOS SANTOS ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	16/01/2021		Matheus
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	16/01/2021		Matheus
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	16/01/2021		Matheus
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	16/01/2021		Matheus
5-	00348	DOC ORTODONTICA "E"			1	313,00	0,00		S	16/01/2021		Matheus
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/01/2021	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 369,00	47-Valor Total R\$ 146,56	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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

49-Observação Pedido anexado no site

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/01/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/01/2021 Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/01/2021 Matheus Luis S. Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/01/2021 Clínica de Radiologia Odontologica Fenelon CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	---	---	--



438185
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/20	4-Data de Autorização 16/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8133940	7-Data Validade da Senha 10/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202528914100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHELE DE OLIVEIRA RODRIGUES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MICHELE DE OLIVEIRA RODRIGUES	

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							

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	00346	DOC ORTODONTICA "B"			1	346,00	0,00			30/12/20		X Michele
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/12/2020	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 346,00	47-Valor Total R\$ 138,40	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/12/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2020 Michele O.R.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/12/2020
---	--	--	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



444004
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/2011	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8158913	7-Data Validade da Senha 18/03/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253397540000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MILENA GABRIELA DE ALMEIDA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNA LIDIA DE ALMEIDA NUNES VILA NOVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	15/03/2012		Bruna
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/03/2012	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	-----------------------------	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/03/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930 15/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Bruna Lidia de A. Nunes Vila Nova 15/03/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa Clínica de Radiologia Odontologica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15 15/03/2012
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



448930
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/01/21	4-Data de Autorização 08/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8176895	7-Data Validade da Senha 07/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534377100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MOHSIN ALI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MOHSIN ALI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	14/01/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/01/21	44-Tipo de Atendimento ☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☒ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 46,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/21 <i>Dr. Frederico Fenelon</i> Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/21 <i>Mohsin Ali</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/01/21 Radiologia Odontológica Fenelon Ltda. 03.628.122/0001-15
--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

455218
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/12	4-Data de Autorização 16/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8202196	7-Data Validade da Senha 16/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Alcômetro da Carteira 0020251117810008401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MOISES WILLIAM DE OLIVEIRA SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MOISES WILLIAM DE OLIVEIRA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	0,00		S	16/10/12		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/10/12	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 22200	47-Valor Total R\$ 559,88	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 16/10/12		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 16/10/12		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/12		53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 16/10/12	
---	--	--	--	---	--	--	--

Dr. Frederico Fenelon
CRO 4930-DF
Radiologista

Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon L.
CNPJ: 03.628.122/0001-35

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



452552
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/21	4-Data de Autorização 16/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8190309	7-Data Validade da Senha 13/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534334800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NAAMA ALMEIDA MOTA		14-Telefone 03/08/1986	15-Nome do titular do plano NAAMA ALMEIDA MOTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	

18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX
27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000375-RMD (I) 81000405 (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RII (I) 81000375-RPE (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE

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-	RPD		1	14,00	0,00		S	19/01/21		Naama
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	19/01/21		Naama
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	19/01/21		Naama
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	19/01/21		Naama
5	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	19/01/21		Naama
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	19/01/21		Naama
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	19/01/21		Naama
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	19/01/21		Naama
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	19/01/21		Naama
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	19/01/21		Naama
11	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	19/01/21		Naama
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 218,00	47-Valor Total R\$ 1416,66	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 19/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21 Naama Almeida Mota	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/01/21 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltd. 03.628.122.600-1
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



436399
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 09/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8125920	7-Data Validade da Senha 08/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253394570000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NERLY ALMEIDA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NERLY ALMEIDA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	09/12/2020		Nery
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/12/2020	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	-------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/12/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO-DF 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/2020 Nery Almeida	53-Data, local e Assinatura da Empresa Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001 - 15
---	---	--	--



459340
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/21	4-Data de Autorização 21/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8218760	7-Data Validade da Senha 21/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253250040000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULO DA ROCHA FILHO	14-Telefone (61) 9303-0230	15-Nome do titular do plano PAULO DA ROCHA FILHO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNÓSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

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
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	22.01.2021		<i>Paulo</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 4.524	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 <i>Reclamo anexado no site</i>

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/21 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/01/21
---	--	---	---

Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda
CNPJ: 03.628.120/0001-35



454666
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/01/2021	4-Data de Autorização 18/01/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8199924	7-Data Validade da Senha 15/04/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202534090800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROMULO DOS SANTOS MORAES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROMULO DOS SANTOS MORAES		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	20/01/2021		Romulo
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	20/01/2021		Romulo
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	20/01/2021		Romulo
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	20/01/2021		Romulo
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	20/01/2021		Romulo
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	20/01/2021		Romulo
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	20/01/2021		Romulo
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	20/01/2021		Romulo
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	20/01/2021		Romulo
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/01/2021	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 190,00	47-Valor Total R\$ 124,46	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/2021
--	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon
CRO 4930-DF
Radiologista

Clinica de Radiologia Odontologica Fenelon Ltda
CNPJ: 03.628.122/0001-73

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



454258
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 21/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8198215	7-Data Validade da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202534031800000101		13-Nome VALERIA ALVES		14-Telefone 06/02/1966	15-Nome do titular do plano VALERIA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	(I) 81000421- (I) 81000421-RPSE
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		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	22/01/2021		Alves
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Alves
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Alves
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	22/01/2021		Alves
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/01/2021	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 120,00	47-Valor Total R\$ 75,06	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/01/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/01/2021
---	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon
CRO 4930-DF
Radiologista

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



457023
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/2021	4-Data de Autorização 21/01/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8209953	7-Data Validade da Senha 19/04/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202534031800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VYTORIA ALVES DE CARVALHO			14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano VALERIA ALVES	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM						18-Número no CRO 4930		19-UF DF		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120				22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES				23-Número no CRO 4930		24-UF DF		25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES						27-Número no CRO 4930		28-UF DF		29-Código CBO S								

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	22/01/2021		Alves
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/01/2021	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 381,00	47-Valor Total R\$ 152,40	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/01/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/2021	53-Data, local e Contribuição da Empresa 22/01/2021
---	---	---	--

Dr. Frederico Fenelon
CRO 4930 DF
Radiologista

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