



Robrás Radiologia Odontológica de Brasília Ltda

CNPJ: 32.910.853/0001 - 57

CF/DF: 07.317.606/001 - 09

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: ROBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DE BRASILIA LTDA

CNPJ: 32910853000157 (FENELON DIAG ODONTOLOGICOS POR IMAGEM ASA NORTE)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17603) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
413996 - I	ALICE VITORIA FERNANDES XAVIER (00202529744400000102)		07/11/2020	56	0.71	R\$ 39,76
423655 - I	ALYCE SCHMITZ (00202530724200000102)		20/11/2020	381	0.3	R\$ 114,30
441308 - I	ELEUZA MARQUES DOS SANTOS (00202525867400000101)		15/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
441308 - I	ELEUZA MARQUES DOS SANTOS (00202525867400000101)		15/12/2020	56	0.71	R\$ 39,76
441323 - I	ELEUZA MARQUES DOS SANTOS (00202525867400000101)		15/12/2020	56	0.71	R\$ 39,76
414002 - I	HANNA VITORIA FERNANDES SOUSA (00202529744400000103)		07/11/2020	84	0.71	R\$ 59,64
430034 - I	JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR (00202532890900000101)		28/11/2020	222	0.54	R\$ 119,88
427284 - I	KAISON KALEBE LIMA MARQUES (00202530818200000104)		25/11/2020	14	0.71	R\$ 9,94
413999 - I	LAIZA VITORIA FERNANDES SOUSA (00202529744400000104)		07/11/2020	56	0.71	R\$ 39,76
430028 - I	LAYS DE OLIVEIRA CARDOSO (00202532890900000102)		28/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
430353 - I	LUCIANA NUNES DE ANICETO (002025268678000050202)		30/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
433305 - I	MARILANDIA MARIA DE OLIVEIRA (00202530217600000101)		03/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
433989 - I	RENATO ANTUNES BORBA (00202511178100009401)		03/12/2020	70	0.71	R\$ 49,70
428359 - I	VASTI ALVES DA SILVA (002025215059000001301)		26/11/2020	222	0.54	R\$ 119,88
428359 - I	VASTI ALVES DA SILVA (002025215059000001301)		26/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

N° de USOs: 1607
N° de atendimentos: 13
Valor: R\$ 858,58

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 1607
N° de atendimentos: 13
Valor: R\$ 858,58

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 4364/DF

Cirurgião Dentista: (16297) - ELCIO GOMES CARNEIRO JUNIOR

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
318347 - I	ANA CLARA DOS SANTOS (00379994062107213)		29/05/2020	260	0.3	R\$ 78,00
318347 - I	ANA CLARA DOS SANTOS (00379994062107213)		29/05/2020	28	0.71	R\$ 19,88

Totalizador

N° de USOs: 288
N° de atendimentos: 1
Valor: R\$ 97,88

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17603) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
------	------	----------	----------	-----------	---------------	-------

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: 28/12/2020 15:39

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

426755 - I ANA CLARA DOS SANTOS (00379994062107213) 24/11/2020 29 1.03 R\$ 29,87

Totalizador			
	N° de USOs:		29
	N° de atendimentos:		1
	Valor:		R\$ 29,87

Totalizador da Operadora			
	N° de USOs:		317
	N° de atendimentos:		2
	Valor:		R\$ 127,75

Totalizador da Clínica			
	N° de USOs:		1924
	N° de atendimentos:		15
	Valor:		R\$ 986,33

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: 28/12/2020 15:39

Página 2 de 2



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

413996
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/20	4-Data de Autorização 02/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8032032	7-Data Validade da Senha 05/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252974440000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALICE VITORIA FERNANDES XAVIER		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IVONE FERNANDES XAVIER	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	08/12/2020		IVONE F. XAVIER
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	08/12/2020		IVONE F. XAVIER
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	08/12/2020		IVONE F. XAVIER
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	08/12/2020		IVONE F. XAVIER
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/12/20	44-Tipo de Atendimento ☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☒ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Pedido anexado no site, nome do paciente conforme documento em anexo. Atendente Rose protocolou 4064142020-2100002421 autorizo enviar pedido e guia para a paciente

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 IVONE F. XAVIER	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/12/20 Obras Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ: 32.910.853/0001-57
---	--	---	--



423655
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8072844	7-Data Validade da Senha 18/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0020253072420000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALYCE SCHMITZ	14-Telefone () 9158-4240
15-Data de validade da Carteira 30/09/2002	15-Nome do titular do plano ROSELIA DE SOUSA CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES
18-Número no CRO 4930	19-UF DF
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES
23-Número no CRO 4930	24-UF DF
25-Código CNES	
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	02/12/20	122020	Alyce Schmitz
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20 CRO 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20 Alyce Schmitz	53-Data, local e Carimbo da Empresa Robrás Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ: 32.910.853/0001-57
---	---	---	--



441308
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 22/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8147697	7-Data Validade da Senha 15/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 0020252586740000101		13-Nome ELEUZA MARQUES DOS SANTOS		14-Telefone (61) 9178-9293		15-Nome do titular do plano ELEUZA MARQUES DOS SANTOS		20/06/1967	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4930		19-UF DF		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930		28-UF DF		29-Código CBO S		24-UF DF	
								25-Código CNES (I) 81000405 (I) 81000421-RPSE (I) 81000421- (I) 81000421-RPIE (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	0,00	S	22/12/2020		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00	0,00	S	22/12/2020		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00	0,00	S	22/12/2020		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00	0,00	S	22/12/2020		
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00	0,00	S	22/12/2020		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	2 guias 124,76
---------------	----------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa Bóhras Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ: 32.910.859/0001-57
---	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



441323
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/20	4-Data de Autorização 21/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8147735	7-Data Validade da Senha 15/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202525867400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELEUZA MARQUES DOS SANTOS				14-Telefone (61) 91718-9293	15-Nome do titular do plano ELEUZA MARQUES DOS SANTOS		

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$							
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00					S	22/12/2020		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00					S	22/12/2020		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00					S	22/12/2020		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00					S	22/12/2020		
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon 22/12/20 CRO 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa Robrás Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ: 32.910.855/0001-57
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

414002
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/20	4-Data de Autorização 02/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8032064	7-Data Validade da Senha 05/02/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202529744400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome HANNA VITORIA FERNANDES SOUSA		14-Telefone 26/04/2010	15-Nome do titular do plano IVONE FERNANDES XAVIER									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alteramento a R# N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000421-							
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dento/Rogão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênia	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			08/12/20		IVONE F. XAVIER
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			08/12/20		IVONE F. XAVIER
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			08/12/20		IVONE F. XAVIER
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			08/12/20		IVONE F. XAVIER
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			08/12/20		IVONE F. XAVIER
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			08/12/20		IVONE F. XAVIER
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 08/12/20		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 84,00	47-Valor Total R\$ 59,64	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 08/12/20 Frederico Fenelon		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/20 Frederico Fenelon		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 Ivone F. Xavier		53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/12/20		Robrás Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ: 32.910.838/0001-57				



430034
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/11/20	4-Data de Autorização 03/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8098983	7-Data Validade da Senha 26/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0020253289090000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR	14-Telefone () -
15-Data Validade da Carteira 31/08/1977	15-Nome do titular do plano JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	07/12/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 2	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 119,88	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/20
---	--	---	---

Robras Radiologia Odontológica de Brasília Ltda
CNPJ: 32.910.853/0001-57



427284
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8088023	7-Data Validação da Senha 23/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253081820000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KAISON KALEBE LIMA MARQUES	14-Telefone 25/02/2007	15-Nome do titular do plano COSME MARQUES DOS SANTOS
---------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	07/12/2020		Kawam
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 07/12/20 Dr. Frederico Fenelon Radiologista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 CRO 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Kawam A.M.	53-Data, local e Assinatura da Empresa 07/12/20 Robras Radiologia Odontologica de Brasília Ltda CNPJ: 32.910.663/0001-57
--	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



413999
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012 4-Data de Autorização 03/12/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8032048 7-Data Validade da Senha 05/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252974440000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome LAIZA VITORIA FERNANDES SOUSA 30/12/2012 14-Telefone (11) 15-Nome do titular do plano IVONE FERNANDES XAVIER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES 18-Número no CRO 4930 19-UF DF 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120 22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES 23-Número no CRO 4930 24-UF DF 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES 27-Número no CRO 4930 28-UF DF 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 30-Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE 31-Enviar - RME (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentia/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	4,00	0,00		S	08/12/2012	IVONE F. XAVIER
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	4,00	0,00		S	08/12/2012	IVONE F. XAVIER
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	4,00	0,00		S	08/12/2012	IVONE F. XAVIER
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	4,00	0,00		S	08/12/2012	IVONE F. XAVIER
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/12/2012 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 56,00 47-Valor Total R\$ 39,40 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 08/12/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 08/12/2012 Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/2012 Ivone F. Xavier 53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/12/2012 Robrás Radiologia Odontológica de Brasília Ltd CNPJ: 32.910.853/0001-57

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



430028
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/11/20	4-Data de Autorização 03/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8098966	7-Data Validação da Senha 26/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253289090000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LAYS DE OLIVEIRA CARDOSO		14-Telefone 23/09/1989 () -	15-Nome do titular do plano JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405
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	07/12/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Faturamento 1	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 07/12/20 Dr. Frederico Fenelon		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 07/12/20 Radiologista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	
---	--	--	--	---	--	---	--

Robras Radiologia Odontológica de Brasília Ltda
CNPJ: 32.949.653/0001-57

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



430353
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 03/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8100729	7-Data Validade da Senha 28/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526867800050202	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 LUCIANA NUNES DE ANICETO	14-Telefone 14/06/2008 () 3468-6464	15-Nome do titular do plano MARIETA LEAL NUNES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/12/20	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,340	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 10/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelo, CRO 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa Rôças Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ: 32.910.853/0001-97
---	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



433305
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 10/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113165	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253021760000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILANDIA MARIA DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARILANDIA MARIA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 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	30/12/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/12/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☒ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 40,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação Pedido anexado no site

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/12/20 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/12/20 Rebels Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ: 32.910.433/0001-57
---	--	---	--



433989
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 08/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8115649	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511178100009401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RENATO ANTUNES BORBA		14-Telefone 17/08/1978	15-Nome do titular do plano RENATO ANTUNES BORBA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Exatante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD
26-Nome do Profissional Exatante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	08/12/20		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	08/12/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	08/12/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	08/12/20		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	08/12/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 70,00	47-Valor Total R\$ 49,70	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 08/12/20 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/12/20 Odontológica de Brasília Ltda RBRAS Radiológica Odontológica de Brasília Ltda CNPJ: 32.940.655/0001-57
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



428359
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 2 6 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8092386	7-Data Validade da Senha 2 4 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 5 0 5 9 0 0 0 1 3 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VASTI ALVES DA SILVA	14-Telefone (6 1) 2 0 2 6 8 5 7 3	15-Nome do titular do plano VASTI ALVES DA SILVA
---------------------------------	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 8 3 3 4 3 3 0 1 2 0	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 , 0 0	0 , 0 0		S	27/11/2020		
2-	0 0 8 1 0 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO			1	2 2 2 , 0 0	0 , 0 0		S	27/11/2020		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/11/20	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 0 0 , 0 0	47-Valor Total R\$ 165,00	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 27/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/20 Dr. Frederico Fenelon Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20 Vasti Alves da Silva	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 27/11/20 Robras Radiologia Odontológica de Brasília Ltda CNPJ 32.900.853/0001-57
---	--	---	--