

Razão Social: CLINICA DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA FENELON LTDA

CNPJ: 03628122000115 (FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (16292) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
403718 - I	ALEXIA RAFAELLA SANTANA DOURADO (00202531867500000101)		23/10/2020	78	0.58	R\$ 45,24
437287 - I	ANA CAROLINA ARCANJO DE SOUSA (00202532848600000102)		09/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
437287 - I	ANA CAROLINA ARCANJO DE SOUSA (00202532848600000102)		09/12/2020	28	0.71	R\$ 19,88
427145 - I	ANA VITORIA SILVA GARCEZ (00202533121400000104)		25/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
422227 - I	ANDRE MARQUES DA CRUZ (00202524116700040001)		18/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
422227 - I	ANDRE MARQUES DA CRUZ (00202524116700040001)		18/11/2020	112	0.71	R\$ 79,52
404090 - I	BEATRIZ ALVES SANTANA (00202532680500000102)		24/10/2020	222	0.54	R\$ 119,88
404090 - I	BEATRIZ ALVES SANTANA (00202532680500000102)		24/10/2020	56	0.71	R\$ 39,76
436782 - I	CARLOS ANDRE RODRIGUES DE SANTANA (00202532385100000101)		08/12/2020	56	0.71	R\$ 39,76
422297 - I	CINTIA LIMA PEREIRA (00202533370100000101)		18/11/2020	222	0.54	R\$ 119,88
422297 - I	CINTIA LIMA PEREIRA (00202533370100000101)		18/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
422297 - I	CINTIA LIMA PEREIRA (00202533370100000101)		18/11/2020	56	0.71	R\$ 39,76
424941 - I	CYNTHIA REGINA GOMES KOHLER DE SA (002025307566000004102)		23/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
424941 - I	CYNTHIA REGINA GOMES KOHLER DE SA (002025307566000004102)		23/11/2020	70	0.71	R\$ 49,70
443788 - I	DANIEL SILVA DE CARVALHO (00202523515800000101)		18/12/2020	84	0.71	R\$ 59,64
443792 - I	DANIEL SILVA DE CARVALHO (00202523515800000101)		18/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
427122 - I	DAVID SILVA GARCEZ (00202533121400000103)		25/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
437314 - I	DEBORAH NAYANE LOPES FURTADO (00202533316900000101)		09/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
437006 - I	ESTHER FERREIRA RODRIGUES (00202532385100000102)		08/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
441207 - I	FERNANDO HENRIQUE RODRIGUES YOSHIMINE (40641400000202592301)		15/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
441207 - I	FERNANDO HENRIQUE RODRIGUES YOSHIMINE (40641400000202592301)		15/12/2020	98	0.71	R\$ 69,58
424788 - I	FRANCISCO MORENO CALDAS (002025306829000001801)		23/11/2020	56	0.71	R\$ 39,76
437961 - I	GILBERTO PEREIRA DA COSTA (00202525184000000103)		09/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
426462 - I	GIOVANNA TEIXEIRA BRAZ DE MORAIS (00202526867800043201)		24/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
429068 - I	KARLA ALVES SEVERINO (00202533653500000101)		27/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
429596 - I	KARLA ALVES SEVERINO (00202533653500000101)		27/11/2020	56	0.71	R\$ 39,76
427750 - I	LETICIA CAVALCANTE DA SILVA (00202508381500012103)		25/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
427750 - I	LETICIA CAVALCANTE DA SILVA (00202508381500012103)		25/11/2020	140	0.71	R\$ 99,40
392948 - I	LUIZA KAROLINE (00202531867500000102)		08/10/2020	56	0.71	R\$ 39,76
429960 - I	MACIEL SOARES OLIVEIRA (00202532593200000101)		28/11/2020	56	0.71	R\$ 39,76
425267 - I	MARIA EUGENIA LEMOS CAVALCANTE MARTINS (00202526867800030301)		23/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
425142 - I	MARIA IRANI DE MACEDO (00202533416800000101)		23/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
433721 - I	NATHALIA FELIX DA ROCHA (00202527914700049901)		03/12/2020	56	0.71	R\$ 39,76

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

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

Data e Hora de Emissão: 28/12/2020 16:32

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

427575 - I	PAMELA PEREIRA MIRANDA (00202532111500000102)	25/11/2020	14	0.71	R\$ 9,94
427581 - I	RAILLA PEREIRA MIRANDA (00202532111500000103)	25/11/2020	14	0.71	R\$ 9,94
423125 - I	RAYSSA HOLANDA DE FARIAS (00202533310300000101)	19/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
423125 - I	RAYSSA HOLANDA DE FARIAS (00202533310300000101)	19/11/2020	28	0.71	R\$ 19,88
437871 - I	SILDILANE DOS SANTOS SANTOS (00202533878200000103)	09/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
437871 - I	SILDILANE DOS SANTOS SANTOS (00202533878200000103)	09/12/2020	70	0.71	R\$ 49,70
438963 - I	TABATA KLEIN ROCHA (00202534212100000101)	11/12/2020	112	0.71	R\$ 79,52
439259 - I	TABATA KLEIN ROCHA (00202534212100000101)	11/12/2020	28	0.71	R\$ 19,88

Totalizador

N° de USOs: 3172
N° de atendimentos: 31
Valor: R\$ 1.983,98

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 3172
N° de atendimentos: 31
Valor: R\$ 1.983,98

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (16292) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
433935 - I	ANTONIO DE JESUS FILHO (00370000007178959)		03/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
433935 - I	ANTONIO DE JESUS FILHO (00370000007178959)		03/12/2020	42	0.71	R\$ 29,82
434048 - I	LEILA MARIA MEIRELLES PEREIRA (00379994063208900)		03/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
434048 - I	LEILA MARIA MEIRELLES PEREIRA (00379994063208900)		03/12/2020	126	0.71	R\$ 89,46
427051 - I	RYANE CONCENCIO ISMERIO (003700000027358979)		25/11/2020	222	0.54	R\$ 119,88
427051 - I	RYANE CONCENCIO ISMERIO (003700000027358979)		25/11/2020	78	0.58	R\$ 45,24
434979 - I	THAIS DOS SANTOS PERIM (003700000020266475)		04/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

N° de USOs: 702
N° de atendimentos: 4
Valor: R\$ 420,12

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 702
N° de atendimentos: 4
Valor: R\$ 420,12

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 3874
N° de atendimentos: 35
Valor: R\$ 2.404,10

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: 28/12/2020 16:32

Página 2 de 2



403718
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 24/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7991087	7-Data Validade da Senha 21/01/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253186750000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALEXIA RAFAELLA SANTANA DOURADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEXIA RAFAELLA SANTANA DOURADO		
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	14/12/2012		Alexia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 14/12/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 14/12/2012 Dr. Frederico Fenelon CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/2012 Alexia Santana Dourado	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/2012
--	--	--	---

Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda
CNPJ: 03.678.122/0001-15



437287
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/20	4-Data de Autorização 10/12/20	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8129925	7-Data Validade da Serha 09/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532848600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA CAROLINA ARCANJO DE SOUSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIVINA ARCANJO DE SOUSA		
29/07/1998					
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 (II) 81000375-RPD (III) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	16/12/20		Am C.
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	16/12/20		Am C.
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	16/12/20		Am C.
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/12/20	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 106,00	47-Valor Total R\$ 65,90	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação
Pedido anexado no site

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/20 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/20 Ana Carolina	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/20
---	---	--	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



427145
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8087202	7-Data Validade da Senha 23/02/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533121400000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA VITORIA SILVA GARCEZ		14-Telefone 05/10/2010 () -	15-Nome do titular do plano GEIRNEI DOS SANTOS GARCEZ		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	01/12/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/12/2012	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 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 01/12/2012 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/12/2012 Clínica de Radiologia Odontologia Feneion Ltda. 03.628.122/0001-15
--	--	---	--



422227
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 28/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8066584	7-Data Validade da Senha 16/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524116700040001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDRE MARQUES DA CRUZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRE MARQUES DA CRUZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPE (I) 81000421- (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RPD (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/12/20		André
2	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	02/12/20		André
3	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	02/12/20		André
4	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	02/12/20		André
5	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	02/12/20		André
6	00810000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	02/12/20		André
7	00810000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	02/12/20		André
8	00810000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	02/12/20		André
9	00810000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	02/12/20		André
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 190,00	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

Dr. Frederico Fenelon

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20 André Cruz	53-Data, local e Assinatura do Profissional 02/12/20
---	---	--	---

CRO 4930-DF
Radiologista

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



404090
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7992651	7-Data Validade da Senha 22/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532680500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BEATRIZ ALVES SANTANA		14-Telefone 20/11/2001	15-Nome do titular do plano RAIARA ALVES SANTANA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	14/12/20		Beatriz
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	14/12/20		Beatriz
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	14/12/20		Beatriz
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	14/12/20		Beatriz
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	14/12/20		Beatriz
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20	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 278,00	47-Valor Total R\$ 158,64	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/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 Beatriz Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	---	---	--



436782
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 15/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8127515	7-Data Validade da Senha 08/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532385100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS ANDRE RODRIGUES DE SANTANA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS ANDRE RODRIGUES DE SANTANA	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		<i>Carla</i>
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		<i>Carla</i>
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		<i>Carla</i>
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		<i>Carla</i>
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/12/2020	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 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), 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 18/12/2020 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/2020 Carlos Andre Rodrigues Santana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/2020 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
--	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



422297
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8066781	7-Data Validade da Senha 16/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253370100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CINTIA LIMA PEREIRA			14-Telefone 04/01/1984	15-Nome do titular do plano CINTIA LIMA PEREIRA	
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

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	25/11/20	49	<i>Cintia</i>
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	25/11/20		<i>Cintia</i>
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	25/11/20		<i>Cintia</i>
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	25/11/20		<i>Cintia</i>
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	25/11/20		<i>Cintia</i>
6-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	25/11/20		<i>Cintia</i>
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/20	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 356,00	47-Valor Total R\$ 204,88	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/20 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20 <i>Cintia Lima Pereira</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/20
--	--	--	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



424941
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 2 4 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8078366	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 7 5 6 6 0 0 0 0 4 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CYNTHIA REGINA GOMES KOHLER DE SA 24/10/1980			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO DE SA OLIVEIRA	

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) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 8 3 3 4 3 3 0 1 2 0		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930		28-UF DF	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	05 / 12 / 2020		Prof.
2-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	05 / 12 / 2020		Prof.
3-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	05 / 12 / 2020		Prof.
4-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	05 / 12 / 2020		Prof.
5-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	05 / 12 / 2020		Prof.
6-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 , 0 0	0 , 0 0		S	05 / 12 / 2020		Prof.
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05 / 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 1 4 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------------	-------------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05 / 12 / 20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista FREDERICO FENELON Radiologista RO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05 / 12 / 20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05 / 12 / 20
---	--	---	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



443792
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 21/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8157265	7-Data Validade da Senha 18/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202523515800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL SILVA DE CARVALHO				14-Telefone (61) 99335 1044	15-Nome do titular do plano DANIEL SILVA DE CARVALHO		

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			

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			22/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/12/20	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\$ 45,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, Frederico Fenelon Radiologista 22/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/12/20
---	---	---	---

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



443788
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 21/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8157233	7-Data Validade da Senha 18/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202523515800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL SILVA DE CARVALHO		14-Teléfono 16/04/1974	15-Nome do titular do plano DANIEL SILVA DE CARVALHO	

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) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	22/12/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	22/12/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	22/12/20		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	22/12/20		
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	22/12/20		
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	22/12/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/12/20	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total	46-Total Quantidade US 84,00	47-Valor Total R\$ 59.640,00	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 Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda. CNPJ: 03.628.122/0001 - 15
---	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



427122
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8087111	7-Data Validação da Senha 23/02/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0020253312140000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVID SILVA GARCEZ			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GEIRNEI DOS SANTOS GARCEZ	

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	01/12/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/12/2012	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 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 01/12/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2012 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/12/2012
---	--	---	---

Clinica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda.
03.628.122/0001-13

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



437314
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/20	4-Data de Autorização 10/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8130090	7-Data Validade da Senha 09/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533316900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DEBORAH NAYANE LOPES FURTADO		14-Telefone 11/07/1993	15-Nome do titular do plano DEBORAH NAYANE LOPES FURTADO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	15/12/20		Deborah
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/12/20	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\$ 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 15/12/20 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20 Deborah Nayane Lopes Furtado	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/12/20 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001 - 15
--	--	---	--



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



437006
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2020	4-Data de Autorização 16/12/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8128543	7-Data Validade da Senha 08/03/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532385100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ESTHER FERREIRA RODRIGUES			14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano CARLOS ANDRE RODRIGUES DE SANTANA	

16-Assentimento a RNI N						17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM						18-Número no CRO 4930		19-UF DF		20-Código CBO 3 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 DNES		Enviar - RX (I) 81000405	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES						27-Número no CRO 4930		28-UF DF		29-Código CBO 3									

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			18/12/2020		<i>x Carlos</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/12/2020	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 78,00	47-Valor Total R\$ US 78,00	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 18/12/2020 Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/2020 Carlos Andre Rodrigues Santana	53-Data, local e Contorno da Guia 18/12/2020 CNPJ: 03.628.122/0001-00 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda
--	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



441207
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8147124	7-Data Validade da Senha 15/03/21
8-Número da Carteira 00202510465100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDO HENRIQUE RODRIGUES YOSHIMINE			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDO HENRIQUE RODRIGUES YOSHIMINE	
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-RPE (I) 81000421- (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPD (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	18/12/20		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	18/12/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	18/12/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	18/12/20		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	18/12/20		
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	18/12/20		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	18/12/20		
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	18/12/20		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/12/20	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 176,00	47-Valor Total R\$ 114,80	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 18/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/20, <i>Felton</i> CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/20, <i>Felton</i>
53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/20 CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTDA CNPJ: 03.628.122/0001-15 + <i>hioap</i>		

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



424788
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8077750	7-Data Válida da Senha 21/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530682900001801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SERVIX ADMINISTRADORA DE	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FRANCISCO MORENO CALDAS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCO MORENO CALDAS
------------------------------------	----------------------	--

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) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
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
1-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	0,00	S	26/11/2020					
2-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	0,00	S	26/11/2020					
3-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	0,00	S	26/11/2020					
4-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	0,00	S	26/11/2020					
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento II 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 39,76	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	--	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 Frederico Fenelon Radiologista RO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20
---	---	---	---

Clinica de Radiologia Odontologia Fenelon-LTDA
CNPJ: 03.678.122/0001-15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



437961
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/20	4-Data de Autorização 10/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8132734	7-Data Validade da Senha 09/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525184000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GILBERTO PEREIRA DA COSTA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GILBERTO PEREIRA DA COSTA 19/04/1956		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILBERTO PEREIRA DA COSTA JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 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	18/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/12/20	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	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 18/12/20 Radiologista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/20 CNPJ: 03.628.122/0001-15	
--	--	--	--	---	--	--	--

Dr. Frederico Fenelon

CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LT

100

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



426462
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8084436	7-Data Validade da Senha 22/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526867800043201	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 GIOVANNA TEIXEIRA BRAZ DE MORAIS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GIOVANNA TEIXEIRA BRAZ DE MORAIS
---	----------------------	---

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 7833430120	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	27/11/20		
2-												
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 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\$ 45,29	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 27/11/20 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/20
--	--	---	---

Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda.
03.628.122/0001-15



429596
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8097324	7-Data Validade da Senha 25/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253365350000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KARLA ALVES SEVERINO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KARLA ALVES SEVERINO		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	27/11/20		Karla
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	27/11/20		Karla
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	27/11/20		Karla
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	27/11/20		Karla
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/11/20	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\$ 39,76	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 27/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/20
---	--	---	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



429068
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2020	4-Data de Autorização 27/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8095320	7-Data Validade da Senha 25/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533653500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KARLA ALVES SEVERINO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KARLA ALVES SEVERINO	

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

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	27/11/20		Karla
2-												
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 ☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☒ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

27/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

27/11/20

Dr. Frederico Fenelon
Radiologista
CRO-DF 4930

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

27/11/20, Karla Alves

53-Data, local e Carimbo da Empresa

27/11/20, Clínica de Radiologia Odontologica Fenelon Ltda
CNPJ: 03.623.122/0001-15



427750
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2012	4-Data de Autorização 27/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8089990	7-Data Validade da Senha 23/02/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202508381500012103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LETICIA CAVALCANTE DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CICERA CAVALCANTE DA SILVA
--	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRD 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRD 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RII (I) 81000421-RCIE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000405 (I) 81000421-RPE
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRD 4930	28-UF DF	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
7	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
8	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
9	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
10	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
11	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	04/12/20		Leticia
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 218,00	47-Valor Total R\$ 144,60	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 04/12/20 Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/20 Leticia Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 Leticia Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/12/20 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltd 03.628.122/0001-13
--	---	---	---



392948
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/20	4-Data de Autorização 10/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946538	7-Data Validade da Senha 06/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253186750000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZA KAROLINE		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano ALEXIA RAFAELLA SANTANA DOURADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPD
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000375-RME (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	19/12/20		Alexia Bopprell
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	19/12/20		Alexia Bopprell
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	19/12/20		Alexia Bopprell
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	19/12/20		Alexia Bopprell
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Início do Tratamento 14/12/20	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\$ 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 14/12/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Alexia Bopprell	53-Data, local e Assinatura da Empresa Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
--	--	--	--

429960
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/08/11/11/2101	3-Data de Autorização 01/11/11/2101	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8098650	6-Data Validade da Senha 12/01/12/11							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0101201253212593210101010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MACIEL SOARES OLIVEIRA		14-Telefone 04/03/1984 () () () () () ()	15-Nome do titular do plano MACIEL SOARES OLIVEIRA									
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento												
16-Alimentação a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRD 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7813134131310112101	22-Nome do Contratado Exatante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRD 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPE							
26-Nome do Profissional Exatante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRD 4930	28-UF DF	29-Código CBO S								
Forma de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita	42-Assinatura
1	010181010101375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	9,94			02/12/2011	12/08/11	
2	010181010101375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	9,94			02/12/2011	12/08/11	
3	010181010101375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	9,94			02/12/2011	12/08/11	
4	010181010101375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	9,94			02/12/2011	12/08/11	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 02/12/2011												
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 39,76		47-Valor Total R\$ 011010		48-Total Franquia / Co-participação R\$				
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Contratado/Donatário Solicitante 02/12/2011			51-Data, local e Assinatura do Contratado/Donatário Solicitante 02/12/2011			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/2011			53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/12/2011			



425267
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8079608	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526867800030301	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 MARIA EUGENIA LEMOS CAVALCANTE MARTINS		14-Telefone () 3702-1718	15-Nome do titular do plano MARIA EUGENIA LEMOS CAVALCANTE MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRD 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7833430120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRD 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRD 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			08/12/20		Mona
2-												
3-												
4-												
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 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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 08/12/20 Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 Maria Eugenia Lemos Cavalcante Martins	53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/12/20 Odontologia Fenelon LTDA CNPJ: 13.028.122/0001-15
---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



425142
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8079225	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253341680000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA IRANI DE MACEDO		14-Telefone (61) 9345-9133	15-Nome do titular do plano MARIA IRANI DE MACEDO	

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	27/11/20		pdgaur
2-												
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 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 45,24	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação Pedido anexado no site

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 27/11/20 CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20 pdgaur	53-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 27/11/20 pdgaur
---	--	--	--

53-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável
27/11/20 pdgaur
CNPJ: 03.628.122/0001-15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



433721
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8114460	7-Data Validação da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527914700049901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NATHALIA FELIX DA ROCHA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NATHALIA FELIX DA ROCHA
------------------------------------	----------------------	--

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
1-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	05/12/20		Nathalia
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	05/12/20		Nathalia
3-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	05/12/20		Nathalia
4-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	05/12/20		Nathalia
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/12/20	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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/12/20 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/12/20 Nathalia Felix da Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/12/20 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon LTDA
--	--	---	---

CNPJ: 03.628.122/0001-15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



427575
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/20	4-Data de Autorização 28/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8089098	7-Data Validação da Senha 23/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532111500000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PAMELA PEREIRA MIRANDA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA ESPIRITO SANTO PEREIRA
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
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	RMIE		1	14,00	0,00		S	03/12/20		Pamela
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/12/20	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 Relatório anexado no site
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon CRO-DF 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20 Pamela P	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/12/20 Clínica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



427581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/20	4-Data de Autorização 28/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8089102	7-Data Validade da Senha 23/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532111500000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RAILLA PEREIRA MIRANDA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA ESPIRITO SANTO PEREIRA
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS
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	RIS		1	14,00	0,00		S	03/12/20		xRailla
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/12/20	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\$ 9,90	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 03/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/20 Dr. Frederico Fenelon CRO-DF 4930 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20 Railla	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20 CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	--	--	--

Clinica de Radiologia Odontologia Fenelon Ltda

Paciente:

Ruzilla Pereira Miranda

Endereço:

Solicitação Dr.(a):

Thales Brasil

Solicito R_x periapical dentes
maxilares 11 para avaliação
periodontal.

Dr. Thales Brasil

CRO-DF 8330

Especialista em Periodontia - IE 3981

Especialista em Implantodontia - IE 3981

Mestrado em Implantodontia

Doutorado em Implantodontia

Consultor Científico em Biomateriais

23/11/2020

(61) 9 8161-3555

(61) 9 8246-3555

institutopersonnalite@gmail.com

www.personnaliteodontologia.com.br

STN Ed. Jaime Leal, salas 217 a 220

Asa Norte - Brasília/DF

Fones: (61) 3349-8153

3347-6071



423125
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8070234	7-Data Validade da Senha 17/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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
13-Nome RAYSSA HOLANDA DE FARIAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAYSSA HOLANDA DE FARIAS		

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 ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	

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	25/11/20		Kayssa
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	25/11/20		Kayssa
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	25/11/20		Kayssa
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/20	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 106,00	47-Valor Total R\$ 65,42	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 25/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Radiologista CRO-DF 4930	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20 Kayssa B. de Farias	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/20 Clinica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122/0001-15
---	---	---	--



437871
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/20	4-Data de Autorização 14/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8132320	7-Data Validade da Senha 09/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533878200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SILDILANE DOS SANTOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS MARCOS DOS SANTOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLÓGICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 09	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) 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 (I) 81000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/12/20	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 148,00	47-Valor Total R\$ 999,00	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

Dr. Frederico Fenel

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20 CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 x Sildilane	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA FENELON-LTDA CNPJ: 03.628.122/0001-15
--	--	---	--

js



439259
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/20	4-Data de Autorização 16/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8138201	7-Data Validade da Senha 11/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025342121000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TABATA KLEIN ROCHA		14-Telefone 06/11/1995 () - - - - -	15-Nome do titular do plano TABATA KLEIN ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH 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 (R) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(R) 81000421-

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		Tabata
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		Tabata
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/12/2020	44-Tipo de Atendimento [X] 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento [X] 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 218,00	47-Valor Total R\$ 198,88	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), 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 18/12/2020 Frederico Fenelon CRO 4930 DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/2020 Tabata Klein Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/2020 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122 / 0001 - 15
--	---	---	---



438963
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/20	4-Data de Autorização 16/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8137006	7-Data Validade da Senha 11/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534212100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TABATA KLEIN ROCHA		14-Telefone 06/11/1995	15-Nome do titular do plano TABATA KLEIN ROCHA		

16-Alinhamento 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 Executor FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE (I) 81000375-RPE (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executor FREDERICO FENELON GUIMARAES				27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		Tabata
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		Tabata
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		Tabata
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		Tabata
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		Tabata
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		Tabata
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		Tabata
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		Tabata
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/12/2020	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 112,00	47-Valor Total R\$ 79,52	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 18/12/2020 Frederico Fenelon CRO 4930-DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/2020 Tabata Klein Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/2020 Clínica de Radiologia Odontológica Fenelon Ltda CNPJ: 03.628.122 / 0001 - 15
--	---	--	---