

453601
INTERCÂMBIO

450745
INTERCÂMBIO[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

459428
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/21	4-Data de Autorização 25/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8219272	7-Data Validade da Senha 21/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534920600000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVI MENDES MENEZES			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SUELLEN FERNANDA DE SOUSA MENDES MENEZES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES			27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S (I) 81000375-RMD (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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	26/01/21		x F. Fenelon
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	26/01/21		x F. Fenelon
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	26/01/21		x F. Fenelon
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Revisão/Término do Tratamento 26/01/21												
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial												
46-Total Quantidade US 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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Pedido anulado no site.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21	53-Data, local e Assinatura do Especialista Radiológico 26/01/21
---	---	---	---

CNPJ: 01.257.70001-21



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

441978
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/20	4-Data de Autorização 18/12/20	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8150517	7-Data Validade da Sentença 16/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025088350002340001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MADERO COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELIAN SANTOS DO NASCIMENTO		14-Telefone 27/07/2000 () -	15-Nome do titular do plano ELIAN SANTOS DO NASCIMENTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00		S	20/01/21		x
2-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00		S	20/01/21		x
3-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00		S	20/01/21		x
4-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00		S	20/01/21		x
5-0081000421		RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00		S	20/01/21		x
6-0081000421		RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00		S	20/01/21		x
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/01/21	44-Tipo de Atendimento II 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 84,00	47-Valor Total R\$ 59,64	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 arquivado no site.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21	53-Data, local e Carimbo de Empresa 20/01/21
---	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon
CRO-DF
4930Odontolife Radiológica
CNPJ: 01.258.995/0001-21



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

459424
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/21	4-Data de Autorização 25/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8219224	7-Data Validade da Guia 21/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253492060000102	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 MENDES MENEZES		14-Telefone 10/04/2016	15-Nome do titular do plano SUELLEN FERNANDA DE SOUSA MENDES MENEZES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CHES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CRO S	(I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt
1-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1400	000
2-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1400	000
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 26/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2800	47-Valor Total R\$ 19,88	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 anulado na site					
50-Data, local e Assinatura do Operador-Donatário Solicitante 26/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21 Dr. Frederico Fenelon	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21 X Elvira Tereza U.S. U.	53-Data, local e Assinatura do Profissional Radiologista Odontológica 26/01/21 CNPJ: 01.235.895/0001-21		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

449518
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/11	4-Data de Autorização 18/10/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179048	7-Data Validade da Senha 08/10/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253468630000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIANA BATISTA DE SOUSA		14-Telefone 18/04/1989	15-Nome do titular do plano RAFAEL PEREIRA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Exercente FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 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 1-00181000421	32-Descrição RX PERIAPICAL	33-Dente/Região RMSE	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 1400
37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita 42-Assinatura	
			18/10/11	x Fabiane	
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/10/11					
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial					
46-Total Quantidade US 1400					
47-Valor Total R\$ 994					
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 18/10/11					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/11					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/11 x Fabiane					
53-Data, local e Assinatura do Profissional Radiologista Odontológico 18/10/11					
CNPJ: 01.258.895/0001-21					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/21	4-Data de Autorização 18/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179034	7-Data Validade da Senha 08/04/21	449517 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020253468630000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome FABIANA BATISTA DE SOUSA		14-Telefone 18/04/1989	15-Nome do titular do plano RAFAEL PEREIRA DOS SANTOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421-RPSE	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 81000421- (II) 81000421-RIS	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	1	4,00
2-0081000421	RX PERIAPICAL	RCS	1	1	1	4,00
3-0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1	4,00
4-0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1	4,00
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data de Início do Tratamento 18/01/21						
44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 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						
Dr. Frederico Fenel						
50-Data, Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/21	51-Data, Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista 18/01/21	52-Data, Assinatura e Carimbo do Radiologista / Responsável 18/01/21	53-Data, Assinatura e Carimbo do Radiologista Odontológica 18/01/21	CNPJ: 01.256.895/0001-21		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

441966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2017	4-Data de Autorização 17/06/2017	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8150467	7-Data Validade da Sentença 11/06/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202509784001864901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MAYSA DALARMI DE MEDEIROS		14-Telefone (61) 862915658	15-Nome do titular do plano MAYSA DALARMI DE MEDEIROS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 783334330120	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 Citação	42-Assinatura	
1-00181000294		LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S				
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Término do Tratamento 07/07/2017		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 119,40	48-Total Franquia / Co-participação R\$					

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Operador/Deposito Solicitante 07/07/2017	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 07/07/2017 CRO 4134 - DF Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/2017	53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 07/07/2017 Radiologia Odontológica
--	--	---	---

CNPJ: 01.258.895/0001-21



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-40

445724
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 23/11/2013	3-Data de Autorização 28/11/2013	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8166388	6-Data Validade da Senha 23/11/2013
8-Número da Carteira 00202534271300000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MELL RODRIGUES DOS SANTOS		14-Telefone 03/09/2013	15-Nome do titular do plano MONICA ALVES DOS SANTOS		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES		18-Número no CRD 4930	19-UF DF
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRD 4930	24-UF DF
25-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRD 4930		28-UF DF	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (J) 81000375-RME (K) 81000405
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1400
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1400
3	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7800
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento 06/01/2014		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\$ 65,43		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação paciente menor de idade, responsável assinou na guia. 1 pedido onerado no site.	
50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 06/01/2013 Frederico Fenelon Guimaraes		51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 06/01/2013 Monica Alves dos Santos		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/2013 Monica Alves dos Santos	
53-Data, local e Carimbo da Empresa Digidoc Radiologia Odontológica CNPJ: 01.255.895/0001-21					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP

445720
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2012	4-Data de Autorização 28/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8166379	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025342711300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MONICA ALVES DOS SANTOS		14-Telefone 05/12/1978 () -	15-Nome do titular do plano MONICA ALVES DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120
22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405 (II) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME (I) 81000375-RPO	26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES
27-Número no CRO 4930		28-UF DF	29-Código CBO S	30-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 Oblea	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78300	0,00	S	06/01/21			monica
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1		1400	0,00	S	06/01/21			monica
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1		1400	0,00	S	06/01/21			monica
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1		1400	0,00	S	06/01/21			monica
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1		1400	0,00	S	06/01/21			monica
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/01/21	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 13400	47-Valor Total R\$ 85,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 Contratado Dentista Solicitante 06/01/21	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 06/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/01/21
--	--	---	---

Digidoc Radiologia Odontológica
CNPJ: 01.258.895/0001-21

50-Dados Pessoal e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/2011	51-Dados Pessoal e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/2011	Radiologista CRO-BF 4930 18/01/2011	52-Dados Pessoal e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/01/2011	53-Dados Pessoal e Assinatura do Controlador de Qualidade 18/01/2011
---	---	---	---	---

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	222
N° de atendimentos:	1
Valor:	R\$ 119,88

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	1296
N° de atendimentos:	14
Valor:	R\$ 793,98

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

Razão Social: DIGIDOC RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 01258895000121 (FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17602) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
450737 - I	ANTONIA JOANA DARC FERREIRA TIMBAUBA (00202534251600000101)		11/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
450737 - I	ANTONIA JOANA DARC FERREIRA TIMBAUBA (00202534251600000101)		11/01/2021	56	0.71	R\$ 39,76
450745 - I	ANTONIA JOANA DARC FERREIRA TIMBAUBA (00202534251600000101)		11/01/2021	28	0.71	R\$ 19,88
453601 - I	ANTONIA JOANA DARC FERREIRA TIMBAUBA (00202534251600000101)		14/01/2021	28	0.71	R\$ 19,88
459428 - I	DAVI MENDES MENEZES (00202534920600000103)		21/01/2021	78	0.58	R\$ 45,24
459428 - I	DAVI MENDES MENEZES (00202534920600000103)		21/01/2021	28	0.71	R\$ 19,88
441978 - I	ELIAN SANTOS DO NASCIMENTO (00202508835000234001)		16/12/2020	84	0.71	R\$ 59,64
459424 - I	ESTHER MENDES MENEZES (00202534920600000102)		21/01/2021	28	0.71	R\$ 19,88
449517 - I	FABIANA BATISTA DE SOUSA (00202534686300000102)		08/01/2021	56	0.71	R\$ 39,76
449518 - I	FABIANA BATISTA DE SOUSA (00202534686300000102)		08/01/2021	14	0.71	R\$ 9,94
441966 - I	MAYSA DALARMI DE MEDEIROS (00202509784001864901)		16/12/2020	222	0.54	R\$ 119,88
445724 - I	MELL RODRIGUES DOS SANTOS (00202534271300000104)		23/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
445724 - I	MELL RODRIGUES DOS SANTOS (00202534271300000104)		23/12/2020	28	0.71	R\$ 19,88
445720 - I	MONICA ALVES DOS SANTOS (00202534271300000101)		23/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
445720 - I	MONICA ALVES DOS SANTOS (00202534271300000101)		23/12/2020	56	0.71	R\$ 39,76
450728 - I	RAFAEL PEREIRA DOS SANTOS (00202534686300000101)		11/01/2021	28	0.71	R\$ 19,88
445723 - I	SARA BORGES DOS SANTOS (00202534271300000103)		23/12/2020	78	0.58	R\$ 45,24
445723 - I	SARA BORGES DOS SANTOS (00202534271300000103)		23/12/2020	28	0.71	R\$ 19,88

Totalizador						
				Nº de USOs:	1074	
				Nº de atendimentos:	13	
				Valor:	R\$ 674,10	

Totalizador da Operadora						
				Nº de USOs:	1074	
				Nº de atendimentos:	13	
				Valor:	R\$ 674,10	

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17602) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
430996 - I	VICENTE QUINTA BLANCO ALFAYA (00370000017310175)		30/11/2020	222	0.54	R\$ 119,88

Totalizador						
				Nº de USOs:	222	
				Nº de atendimentos:	1	
				Valor:	R\$ 119,88	

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

445723
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2012	4-Data de Autorização 28/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8166385	7-Data Validade da Guia 23/03/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025342711300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SARA BORGES DOS SANTOS		14-Telefone 21/03/2008 () - - - - -	15-Nome do titular do plano MONICA ALVES DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CME	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (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 Guia	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00		S	06/01/21		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00		S	06/01/21		
3	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00		S	06/01/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Exatidão Termino do Tratamento 06/01/21												
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 106,00												
47-Valor Total R\$ 65,82												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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-Comprovação paciente menor de idade, responsável assinou na guia. Pedido onerado no site			
50-Data, local e Assinatura do Consultor-Cientista Solicitante 06/01/21	51-Data, local e Assinatura do Consultor-Cientista 06/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/01/21

Digidoc Radiologia Odontológica
CNPJ: 01.288.895/0001-21



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

430996
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/2012	4-Data de Autorização 30/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50209879	7-Data Validade da Senha 28/02/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000017310175	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SITIO DO ROSARIO E	11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701209051221410		
13-Nome VICENTE QUINTA BLANCO ALFAYA		14-Telefone 20/02/1969	15-Nome do Muior do plano VICENTE QUINTA BLANCO ALFAYA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	0,00			25/01/2013		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Pagável Termino do Tratamento 25/01/2013												
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 22200												
47-Valor Total R\$ 119,88												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/01/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Frederico Fenelon Guimaraes CRO 4930-DF	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/2013	53-Data, local e Assinatura da Empresa 25/01/2013
---------------	---	---	---	--

CNPJ: 01258.895/0001-21