



CIA DO SORRISO

02.045.239/0005-37

Avenida Marechal Floriano Peixoto, Centro

Paulista - PE, CEP- 53401-460

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8210

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1964

Competência: 08/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **490,05**

Convênio: Odontolife

4 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
39449	DONIZETI SABINO DOS SANTOS	02/08/21	CAMILA DA SILVA SILVEIRA	636731	80,10
40280	ERVANIS SUELEN DA SILVA	19/08/21	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	658104	174,60
40252	LUIZ COSTA FILHO	19/08/21	ELMA MARIANA VERCOSA DE MELO SILVA	658120	45,45
39440	LUIZ COSTA FILHO	03/08/21	INGRID FARIAS DOS SANTOS	635894	189,90

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 7/12/11	4-Data de Autorização 10/3/10 8/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8863677	7-Data Validade da Senha 12/5/11 10/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100020254011866000000101011	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 LUIZ COSTA FILHO	02/05/1987	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIZ COSTA FILHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INGRID FARIAS DOS SANTOS	18-Número no CRO 14714	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14143838015884	22-Nome do Contratado Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS	23-Número no CRO 14714	24-UF PE	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS	27-Número no CRO 14714	28-UF PE	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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	01810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		1	03/10/28/11		
2-00	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		1	03/10/27/11		
3-00	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		1	03/10/27/11		
4-00	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		1	03/10/28/11		
5-00	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		1	03/10/28/11		
6-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	61,00	0,00		1	03/10/28/11		
7-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	61,00	0,00		1	03/10/28/11		
8-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00		1	03/10/28/11		
9-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	61,00	0,00		1	03/10/28/11		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão do Pagamento 03/10/28/11	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 422,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e controlados. 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante 03/10/28/11	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 03/10/28/11	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 03/10/28/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 03/10/28/11	54-Data, local e Assinatura da Empresa 03/10/28/11
---	---	--	---	---

COMPANHIA DO SORRISO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10	4-Data de Autenticação 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8931857	7-Data Validade da Guia 11/10/11
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

658120
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01012012154101186600001011011	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 LUIZ COSTA FILHO	02/05/1987	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIZ COSTA FILHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELMA MARIANA VERCOSA DE MELO SILVA	18-Número no CRO 10051	19-UF PE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 018887636460111	22-Nome do Contratado Executante ELMA MARIANA VERCOSA DE MELO SILVA	23-Número no CRO 10051	24-UF PE
25-Nome do Profissional Executante ELMA MARIANA VERCOSA DE MELO SILVA		27-Número no CRO 10051	28-UF PE
		29-Código CRO S	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-RIS

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	018201008116	EXODONTIA A RETALHO	16	1	1	173,10	10,10	1	1	11/08/10	24	
2-10	0181101004211	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,10	10,10	1	1	11/08/10	20	
3-10	0181101004211	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,10	10,10	1	1	11/08/10	20	
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Revisão / Término do Tratamento 11/11/10	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 1110110101	47-Valor Total R\$ 111010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111010101
---	---	--	--------------------------------------	---------------------------------	--

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(s) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Elma Mariana V. M. Silva
Cirurgia Bucicomaxilofacial
COMPANHIA DO SORRISO

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

11/11/10
Cirurgia Bucicomaxilofacial

52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/10
Cirurgia Bucicomaxilofacial

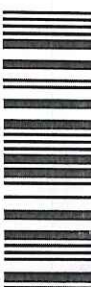
53-Data Local e Assinatura do Profissional

11/11/10
Cirurgia Bucicomaxilofacial



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/2021 4-Data de Autorização 10/12/2018 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8866257 7-Data Validade da Semeta 12/5/2021

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215400262000010102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/5/2021 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DONIZETI SABINO DOS SANTOS 15-Telefone (11) 15/07/1993 14-Teléfono (11) 15/07/1993 15-Nome do titular do plano MARCIO PEREIRA DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA DA SILVA SILVEIRA 18-Número no CRO 14366 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101851112374021 22-Nome do Contratado Executante CAMILA DA SILVA SILVEIRA 23-Número no CRO 14366 24-UF PE 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CAMILA DA SILVA SILVEIRA 27-Número no CRO 14366 28-UF PE 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00		S	02/AGO.2021		40 em gk
2-010	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	10,00		S	02/AGO.2021		40 em gk
3-010	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	10,00		S	02/AGO.2021		40 em gk
4-010	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	10,00		S	02/AGO.2021		40 em gk
5-010	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	10,00		S	02/AGO.2021		40 em gk
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
1/1/1/1/1/1	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1178,00	1178,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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

Dra. Camilla Silveira

CRM: 14366

Dra. Camilla Silveira

Dra. Camilla Silveira

Dra. Camilla Silveira

50-Data de Emissão da Guia 02/AGO.2021

51-Data de Realização 02/AGO.2021

52-Data de Realização 02/AGO.2021

53-Data de Realização 02/AGO.2021

54-Data de Realização 02/AGO.2021

55-Data de Realização 02/AGO.2021

56-Data de Realização 02/AGO.2021

57-Data de Realização 02/AGO.2021

COMPANHIA DO SORRISO

