

**CIA DO SORRISO**

02.045.239/0007-07

Avenida Conselheiro Aguiar, Pina

Recife - PE, CEP- 51011-031

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8230

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1694

Competência: 03/2022

Tipo: Odontológico

Valor Total: **701,85**

Convênio: Odontolife

8 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
45642	ALEXSANDRA COSTA NASCIMENTO BARBOSA	10/03/22	MARILIA MARTINS DE CAMPOS	883536	94,50
46129	ANA LUCIA SANTANA	17/03/22	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	904435	43,80
45236	FERNANDA MARIA DO SOCORRO LIMA SILVA	07/03/22	NADJA DE OLIVEIRA PAULA	885287	80,10
45538	GESICA CAROLINE DA SILVA	10/03/22	MARILIA MARTINS DE CAMPOS	889228	125,10
45536	GESICA CAROLINE DA SILVA	10/03/22	DOUGLAS WEDSON FERREIRA DA SILVA	867694	80,10
45582	INGYD BEATRIZ COSTA DA SILVA	10/03/22	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	885317	111,15
45583	ISIS KIARA COSTA DA SILVA	10/03/22	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	885323	112,20
45531	SAMUEL MESSIAS RODRIGUES DA SILVA	10/03/22	MARILIA MARTINS DE CAMPOS	896424	54,90



Registre-se para a rede SUD

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Data de Autorização 10/11/2013	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9610077	7-Data Validade da Sereta 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

885287
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020254471320000101		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 FERNANDA MARIA DO SOCORRO LIMA SILVA	22-Data de Emissão da Guia 22/02/1979	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do Plano FERNANDA MARIA DO SOCORRO LIMA SILVA
---	--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante NADJA DE OLIVEIRA PAULA	18-Número no CRO 13475	19-UF PE	20-Código CRO S 025 -
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01285016142511	22-Nome do Contratado Execlutante NADJA DE OLIVEIRA PAULA	23-Número no CRO 13475	24-UF PE	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Execlutante NADJA DE OLIVEIRA PAULA	27-Número no CRO 13475	28-UF PE	29-Código CRO S	30-Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	02/03/12		Fernanda
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	02/03/12		Fernanda
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	02/03/12		Fernanda
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	02/03/12		Fernanda
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	02/03/12		Fernanda
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Revisão Término do Tratamento 01/03/2012	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 178,00	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 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 Responsável 01/03/2012 Cirurgião Dentista NADJA DE OLIVEIRA PAULA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 01/03/2012 Cirurgião Dentista NADJA DE OLIVEIRA PAULA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/2012 Fernanda Maria do Socorro Lima Silva	53-Data, local e Cambio da Empresa 01/03/2012 CAD. SUDIP
--	--	--	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 2 / 2 2	4-Data de Autorização 2 4 / 0 2 / 2 2	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9622979	7-Data Validada da Semana 2 5 / 0 5 / 2 2
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

889228
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 5 5 7 3 6 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome GESICA CAROLINE DA SILVA	15-Data Validada da Carteira 28/11/1999	16-Data Validade da Carteira / /	17-Data Validada da Carteira GESICA CAROLINE DA SILVA
-------------------------------------	--	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA MARTINS DE CAMPOS	18-Número no CRO 14795	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 0 5 2 0 1 9 6 6 4 3 8	22-Nome do Contratado Executante MARILIA MARTINS DE CAMPOS	23-Número no CRO 14795	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARILIA MARTINS DE CAMPOS	27-Número no CRO 14795	28-UF PE	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-	0 0	8 1 0 0 0 0 3 0			1	3 4	0 0			03/12/22	Tipica	
2-	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	6 1	0 0			03/12/22	Tipica	
3-	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	6 1	0 0			03/12/22	Tipica	
4-	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	6 1	0 0			03/12/22	Tipica	
5-	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	6 1	0 0			03/12/22	Tipica	
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/03/2022	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Totai 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 7 8 0 0	47-Valor Total R\$	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) 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 30/03/2022	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/2022	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/2022	53-Data local e Carimbo da Empresa 30/03/2022
--	--	--	--

gracie carolina



1799/000000 0000 0000 0000

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 4 / 0 3 / 2 2	4-Data de Autorização 0 4 / 0 3 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9645550	7-Data Validade da Senha 0 2 / 0 6 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

896424
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 5 8 5 2 9 0 0 0 0 1 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone () - - - - -

11-Data Validade da Carteira / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SAMUEL MESSIAS RODRIGUES DA SILVA

27/09/1996

15-Nome do titular do plano
SAMUEL MESSIAS RODRIGUES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA MARTINS DE CAMPOS
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 2 0 1 9 6 6 4 3 8	22-Nome do Contratado Executante MARILIA MARTINS DE CAMPOS
--	---

18-Número no CRO 14795	19-UF PE
---------------------------	-------------

23-Número no CRO 14795	24-UF PE
---------------------------	-------------

20-Código CBO S 025 -	25-Código CNES
--------------------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARILIA MARTINS DE CAMPOS	27-Número no CRO 14795	28-UF PE	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Fratura/Co-participação R\$	39-Ant 40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão 42-Assinatura
--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
4- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
5- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
6- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
7- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
8- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
9- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
10- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
11- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
12- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
13- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
14- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0
15- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0	1 0 0 0

43-Data Previsão Término do Tratamento 0 0 / 0 3 / 2 0 1 2	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 2 2 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0	48-Total Fratura / Co-participação R\$ 0 0 0 0 0
---	---	--	-------------------------------------	---------------------------------	---

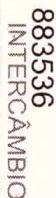
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 / PE - 14 795 0 0 / 0 3 / 2 0 1 2	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / CRO/PE - 14 795 0 0 / 0 3 / 2 0 1 2	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 0 / 0 3 / 2 0 1 2	53-Data, local e Cartão da Empresa 0 0 / 0 3 / 2 0 1 2
--	--	--	---

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: *Samuel*
Assinatura do Cirurgião-Dentista: *Samuel*
Assinatura do Beneficiário: *Samuel*
Assinatura do Responsável: *Samuel*

Assinatura do Cirurgião-Dentista: *Samuel*
Assinatura do Cirurgião-Dentista: *Samuel*
Assinatura do Cirurgião-Dentista: *Samuel*
Assinatura do Cirurgião-Dentista: *Samuel*



Dados do Beneficiário

13-Nome	ALEXSANDRA COSTA NASCIMENTO BARBOSA
14-Telefone	19/11/1994 () - ()
15-Nome do titular do plano	JOSE CARLOS BEZERRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA MARTINS DE CAMPOS
18-Número no CRO 14795	19-Uf PE
20-Código CRO S	025- Educar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	015201966438	22-Nome do Contratado Exatante	MARILIA MARTINS DE CAMPOS	23-Número no CRO	14795	24-UF	PE	25-Código CNES		Enviar - RX
26-Nome do Profissional Exatante	MARILIA MARTINS DE CAMPOS	27-Número no CRO	14795	28-UF	PE	29-Código CBO S		(I) 85100200 (I) 85100200		

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento 26/03/22	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 298,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

40/10/2024	50/10/2024	60/10/2024	70/10/2024	80/10/2024	90/10/2024	100/10/2024	110/10/2024	120/10/2024	130/10/2024	140/10/2024	150/10/2024	160/10/2024	170/10/2024	180/10/2024	190/10/2024	200/10/2024	210/10/2024	220/10/2024	230/10/2024	240/10/2024	250/10/2024	260/10/2024	270/10/2024	280/10/2024	290/10/2024	300/10/2024	310/10/2024	320/10/2024	330/10/2024	340/10/2024	350/10/2024	360/10/2024	370/10/2024	380/10/2024	390/10/2024	400/10/2024	410/10/2024	420/10/2024	430/10/2024	440/10/2024	450/10/2024	460/10/2024	470/10/2024	480/10/2024	490/10/2024	500/10/2024	510/10/2024	520/10/2024	530/10/2024	540/10/2024	550/10/2024	560/10/2024	570/10/2024	580/10/2024	590/10/2024	600/10/2024	610/10/2024	620/10/2024	630/10/2024	640/10/2024	650/10/2024	660/10/2024	670/10/2024	680/10/2024	690/10/2024	700/10/2024	710/10/2024	720/10/2024	730/10/2024	740/10/2024	750/10/2024	760/10/2024	770/10/2024	780/10/2024	790/10/2024	800/10/2024	810/10/2024	820/10/2024	830/10/2024	840/10/2024	850/10/2024	860/10/2024	870/10/2024	880/10/2024	890/10/2024	900/10/2024	910/10/2024	920/10/2024	930/10/2024	940/10/2024	950/10/2024	960/10/2024	970/10/2024	980/10/2024	990/10/2024	1000/10/2024
------------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS
4066143-Data de Emissão da Guia
10/08/20124-Data de Autorização
10/03/20125-Sentença
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
95560347-Data Validade da Sentença
09/10/15867694
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0020202545573600000101

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
GESICA CAROLINE DA SILVA

28/11/1999

15-Nome do titular do plano
GESICA CAROLINE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

DOUGLAS WEDSON FERREIRA DA SILVA

18-Número no CRO

16136

19-UF

PE

20-Código CBO S

25-Código CNES

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF)

112383881406

22-Nome do Contratado Executante

DOUGLAS WEDSON FERREIRA DA SILVA

23-Número no CRO

16136

24-UF

PE

25-Código CNES

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
DOUGLAS WEDSON FERREIRA DA SILVA27-Número no CRO
1613628-UF
PE

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Montante da Cota	42-Assinatura
1	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	11	10/03/12	12	Guia
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	11	10/03/12	12	Guia
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	11	10/03/12	12	Guia
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	11	10/03/12	12	Guia
5	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	11	10/03/12	12	Guia
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fim do Tratamento

10/03/2012

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

178,00

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 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 Profissional Solicitante

10/03/2012

51-Data local e Assinatura do Profissional Executante

10/03/2012

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/03/2012

53-Data local e Assinatura da Empresa

10/03/2012

54-Data local e Assinatura da Empresa

10/03/2012

Guia caroline



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



885323
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9610200	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0002025420864000000104	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 ISIS KIARA COSTA DA SILVA	25/06/2015	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS BEZERRA DA SILVA
--------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	18-Número no CRO 14429	19-UF PE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170165877464	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Número no CRO 14429	24-UF PE
25-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Número no CRO 14429	28-UF PE	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			
Faturar Empresa			

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 Oclusão	42-Assinatura
1-000181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0			11/03/12		JOSE
2-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/03/12		JOSE
3-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/03/12		JOSE
4-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/03/12		JOSE
5-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			11/03/12		JOSE
6-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			11/03/12		JOSE
7-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			11/03/12		JOSE
8-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			11/03/12		JOSE
9-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			11/03/12		JOSE
10-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			11/03/12		JOSE
11-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			11/03/12		JOSE
12-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			11/03/12		JOSE
13-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			11/03/12		JOSE
14-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			11/03/12		JOSE
15-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			11/03/12		JOSE

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/03/2012	44-Tipo do Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 29,6	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) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/12 Cirurgião Dentista Dandhara Almeida	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/12 Cirurgião Dentista Dandhara Almeida	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/12 NATI RPPIC
---	---	---	--

Cirurgião Dentista
CRO-PE 14.429

Cirurgião Dentista
CRO-PE 14.429

JOSE CARLOS BEZERRA DA SILVA



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012 4-Data de Autorização 12/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9610195 7-Data Validade da Senha 12/11/2015

885317
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202154208640000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome YNGRID BEATRIZ COSTA DA SILVA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS BEZERRA DA SILVA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 18-Número no CRO 14429 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 1701165877464 22-Nome do Contratado Exercente DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 23-Número no CRO 14429 24-UF PE 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 26-Nome do Profissional Exercente DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 27-Número no CRO 14429 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- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	8,8	10,0	0,0	0,0	10/03/12		Jose
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	10/03/12		Jose
3- 0 0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	10,0	0,0	0,0	10/03/12		Jose
4- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0	0,0	0,0	10/03/12		Jose
5- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0	0,0	0,0	10/03/12		Jose
6- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0	0,0	0,0	10/03/12		Jose
7- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0	0,0	0,0	10/03/12		Jose
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												

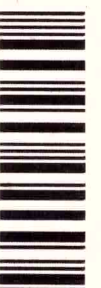
43-Data Previsto Término do Tratamento 30/03/2012 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 3 2 3 10 0 47-Valor Total R\$ 0 10 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 10/03/12 Jose Carlos Bezerra da Silva 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/12 Dandhara Almeida 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/12 Jose Carlos Bezerra da Silva 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/03/12 Niam Correa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/12 Dandhara Almeida 55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/12 Jose Carlos Bezerra da Silva 56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/12 Jose Carlos Bezerra da Silva 57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/12 Jose Carlos Bezerra da Silva 58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/12 Jose Carlos Bezerra da Silva 59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/12 Jose Carlos Bezerra da Silva 60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/12 Jose Carlos Bezerra da Silva



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/2013 4-Data de Autorização 17/10/2013 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9671622 7-Data Validade da Semha 10/10/2013

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002022544618000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome ANA LUCIA SANTANA DA SILVA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone 05/08/1969 15-Nome do titular do plano ANA LUCIA SANTANA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA 18-Número no CRO 11741 19-UF PE 20-Código CBO S 025 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101138046433 22-Nome do Contratado Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA 23-Número no CRO 11741 24-UF PE 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA 27-Número no CRO 11741 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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	32	1	1	73,00	0,00			10/03/2013		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	33	1	1	73,00	0,00			10/03/2013		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/03/2013 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 146,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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) 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 / Dentista 10/03/2013 CRO 41 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2013 CRO 41 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2013 ANA LUCIA SANTANA DA SILVA 53-Data local e Carimbo da Empresa 10/03/2013