

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1834

Competência: 07/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **328,20**

Convênio: Odontolife

5 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
51470	CARLA MARIA MAGALHAES SANDES	28/07/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	638982	65,10
50285	SALOMAO GOMES DA SILVA	08/07/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	613009	71,70
50351	SARA DE CARVALHO GOMES	08/07/21	MARA MALAQUIAS DA SILVA	613021	52,20
50284	TELMA SINTKY DE CARVALHO GOMES	08/07/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	613015	53,40
50872	THIAGO RUAN VICENTE DO NASCIMENTO	19/07/21	BRUNA RIBEIRO DE CASTRO	570798	85,80



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 7/12/11 4-Data de Autorização 12/08/10 7/12/11 5-Serha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8872911 7-Data Validade da Serha 12/06/11 10/12/11 638982 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/10/12 10/12/15 13/04/11 10/00/00/01/01/01 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CARLA MARIA MAGALHAES SANDES 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano CARLA MARIA MAGALHAES SANDES

16-Andamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 18-Número no CRO 4876 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1432180650141101 22-Nome do Contratado Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 23-Número no CRO 4876 24-UF PE 25-Código CNES (I) 85100218

26-Nome do Profissional Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 27-Número no CRO 4876 28-UF PE 29-Código CBO S

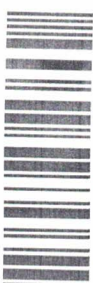
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Glosa	42-Assinatura
1-1010	8100000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			12/08/10		
2-1010	8510001961	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	61,00	0,00			12/08/10		
3-1010	8510002181	RESTAURAÇÃO RESINA		ODV	1	122,00	0,00			12/08/10		
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-Diagnóstico Termino do Tratamento 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 1217,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/10 Jra. Ladjane Monteiro 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/10 Jra. Ladjane Monteiro 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/10 CARLA MARIA MAGALHAES SANDES 53-Data, local e Cartão da Empresa 08/10/10

Cartão de Crédito
ITDA



613015
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 10/08/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8791468 7-Dia Validade da Sentia 10/06/11 2-Nº

8-Número do Contrato 100202252064970000011022 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade do Contrato 11/11/11 12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome TELMA SINTKY DE CARVALHO GOMES 14-Telefone 02/07/1983 15-Nome do titular do plano SALOMAO GOMES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Aferimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 18-Número no CRO 4876 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43280650410 22-Nome do Contratado Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 23-Número no CRO 4876 24-UF PE 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 27-Número no CRO 4876 28-UF PE 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-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HAID	1	1	34,00	0,00	0,00	08/01/11	21		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	08/01/11	21		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	08/01/11	21		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	08/01/11	21		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	08/01/11	21		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prescrição Término do Tratamento 08/02/11 44-Tipo de Aferimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantitativo US 1178,00 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) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Paciente e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dentista e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dentista e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dentista e Assinatura do Grupo da Empresa

Dr. Ladjane Monteiro Cirurgião - Dentista CRO 4876

Dr. Ladjane Monteiro Cirurgião - Dentista CRO 4876

Dr. Salma Sintky C. Gomes

Companhia de Seguro IDA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/10 6/12/11 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO 8654071 6-Número da Guia Principal 570798 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100120253101160000000101071 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 13/10/10 8/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THIAGO RUAN VICENTE DO NASCIMENTO 24/03/2011 14-Telefone (11) 15-Nome do titular do plano SUENY GOMES PIMENTEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Agendamento a RVN 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA RIBEIRO DE CASTRO 18-Número no CRO 12865 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08648181844011 22-Nome do Contratado Executante BRUNA RIBEIRO DE CASTRO 23-Número no CRO 12865 24-UF PE 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante BRUNA RIBEIRO DE CASTRO 27-Número no CRO 12865 28-UF PE 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	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	00	840000198				1	13,5	10,0		19/10/11		BRUNA
2	00	840000198				1	13,5	10,0		19/10/11		BRUNA
3	00	840000198				1	13,5	10,0		19/10/11		BRUNA
4	00	840000198				1	13,5	10,0		19/10/11		BRUNA
5	00	830000089				1	17,3	10,0		19/10/11		BRUNA
6	00	830000089				1	17,3	10,0		19/10/11		BRUNA
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	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	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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fulguram 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 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

COMPANHIA DO SORRISO

613021
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

SALOMAO GOMES DA SILVA

Faturar EmpresaL'azienda Enipresad29-Código CBO S

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

[illegible]

Handwriting practice lines with dashed midlines and arrows indicating stroke direction.

48- Total Franquia / Co-participação R\$ _____

es do profissional assistente e arcar com os custos previstos em profissional contratado que assina esse documento, os valores

Compartilha do Sorriso
TDA

