



CIA DO SORRISO

02.045.239/0004-56

João de Barros, Santo Amaro

Recife - PE, CEP- 53130-410

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8220

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1612

Competência: 03/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **118,80**

Convênio: Odontolife

3 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
44581	EDIVANIA TALITA DA HORA	19/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	503820	36,60
44609	THAIS VITORIA MARQUES ALEIXO DA SILVA	19/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	504221	60,30
45063	THAIS VITORIA MARQUES ALEIXO DA SILVA	29/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	510549	21,90



503820
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/03/21	4-Data de Autorização 19/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8402125	7-Data Validade da Senha 17/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535851100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDIVANIA TALITA DA HORA			14-Telefone 23/01/1996 () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDIVANIA TALITA DA HORA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36193607404	22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	27-Número no CRO 4550	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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	19/03/21		*Edivania
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	19/03/21		*Edivania
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/03/2021	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 122,00	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 19/03/2021 - DRA. TERCIA NAPOLES CPF: 361.936.074-04 / CRO 4550		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/2021 - DRA. TERCIA NAPOLES CPF: 361.936.074-04 / CRO 4550		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/2021 - Edivania Talita		53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/03/2021 - COMPANHIA DO SORRISO	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--

Dados do Beneficiário

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plazo de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

COMPANHIA DO SORRISO



510549
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/03/2021	4-Data de Autorização 29/03/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8430988	7-Data Validade da Senha 27/06/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202521336500072703		13-Nome THAIS VITORIA MARQUES ALEIXO DA SILVA		14-Telefone () 9899-4019		15-Nome do titular do plano ALEXSANDRA ALEIXO DA SILVA		04/12/2006	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		18-Número no CRO 4550		19-UF PE		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36193607404		22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		23-Número no CRO 4550		24-UF PE		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		27-Número no CRO 4550	
						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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63		1	73,00	0,00		S	29/03/21		<i>John</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/2021	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 73,00	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 DRA. TERCIA NAPOLES Cirurgiã Dentista CPF: 381.936.074-04 / CRO 4550		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/03/21 DRA. TERCIA NAPOLES Cirurgiã Dentista CPF: 381.936.074-04 / CRO 4550		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21 Thais Vitoria Marques Aleixo da Silva		53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/03/21 COMPANHIA DO SORRISO	
---	--	--	--	---	--	--	--