

**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: 1389

Competência: 10/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **524,25**

Convênio: Odontolife

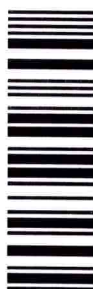
5 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
37407	ELINETE DE OLIVEIRA PORTELA	28/10/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	748651	162,45
36188	IZAIAS JOSE DA SILVA	07/10/21	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	724583	65,70
37104	MARCIA LOPES FERREIRA	25/10/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	744097	80,10
35868	MARIA GABRIELA GOMES DA SILVA	01/10/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	726790	135,00
37269	MICHELLY WALLESKA DE MELO FERREIRA	25/10/21	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	687284	81,00



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10/12/11	4-Data de Autorização 10/11/10/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9131028	7-Data Validade da Sentença 13/10/11/12/11
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/02/02/15/411174/9000001011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 726790 INTERCÂMBIO
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome MARIA GABRIELA GOMES DA SILVA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA GABRIELA GOMES DA SILVA
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13/6119/3607404	22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	27-Número no CRO 4550	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		28-UF PE	29-Código CBO S	

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
1-00	1000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00		S	10/11/10/12/11		Maria
2-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	10,00		S	10/11/10/12/11		Maria
3-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	10,00		S	10/11/10/12/11		Maria
4-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	10,00		S	10/11/10/12/11		Maria
5-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	10,00		S	10/11/10/12/11		Maria
6-00	185100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		S	10/11/10/12/11		Maria
7-00	185100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	10,00		S	10/11/10/12/11		Maria
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 10/11/10/12/11	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 30,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,00
--	---	--	---------------------------------	-----------------------------	--

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(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 10/11/10/12/11 Dra. Tercia Napoles Cirurgião Dentista CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10/12/11 Dra. Tercia Napoles Cirurgião Dentista CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10/12/11 Mariana Gabriela Gomes da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/10/12/11 CIA DO SORRISO LTDA
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



724583
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019	4-Data de Autorização 10/07/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9124179	7-Data Validade da Sentença 12/09/2019
8-Dados do Beneficiário 8-Número do Cartão 100202154121101000011011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 12/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome IZAIAS JOSE DA SILVA					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano IZAIAS JOSE DA SILVA					
16-Atendimento a RN NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA					
17-Nome do Profissional Solicitante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA					
18-Número no CRO 11741					
19-UF PE					
20-Código CRO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11011380464331					
22-Nome do Contratado Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA					
23-Número no CRO 11741					
24-UF PE					
25-Código CNES Faturar Empresa					
26-Nome do Profissional Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA					
27-Número no CRO 11741					
28-UF PE					
29-Código CRO S					

30-1-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Grosse	42-Assinatura
1	0101820001875	EXODONTIA SIMPLES DE	21	1	1	73,00	0,00			02/10/19		
2	0101820001859	EXODONTIA DE RAIZ	22	1	1	73,00	0,00			02/10/19		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Prescrição Termino do Tratamento 07/10/2019	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 146,00	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
07/10/2019, Curitiba, CRÓPE 17741

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
07/10/2019, Curitiba, CRÓPE 17741

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
07/10/2019, Izaías José da Silva, CAIO SORRISO LIDA

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
07/10/2019, Izaías José da Silva, CAIO SORRISO LIDA

2-N^o

687284
INTERCÂMBIO

12-Numero do Cartão Nacional de SaúdeMARCIA LOPES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Nome do Profissional Solicitante0.4, 0.6DA S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Walter
Walter
Walter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os produtos, 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) /colocar em vigorizado(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 desse documento, os valores

49-ObservaçãoCinco

0

Beneficiario:

Empresarial

20

744097
INTERCÂMBIO

side

[illegible]

ente e arcar com os custos pr

SURPRISE