

**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: 2305

Competência: 01/2022

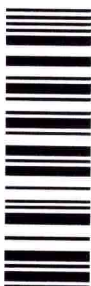
Tipo: Odontológico

Valor Total: **294,90**

Convênio: Odontolife

5 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
48241	FILIFE JOSE DA SILVA	25/01/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	851586	53,40
47578	MARCIO NASCIMENTO DE ARAUJO	12/01/22	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	825096	63,00
47954	MARCIO PEREIRA DO NASCIMENTO	19/01/22	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	836727	53,40
48369	SANDRA DA SILVA LOPES TORRES	27/01/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	849879	71,70
48301	SANDRO DUARTE DE SANTANA	26/01/22	JULYANA DA SILVA DE OLIVEIRA	837653	53,40

2-N^o

1-Registro ANS

406414

3-Dia de Emissão da Guia

12/12/2021

4-Dia de Autorização

12/12/2021

5-Semana

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

9429177

7-Dia Validade da Semana

12/12/2021

8-Número da Carteira	00202544408800000102
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	___/___/___
12-Número do Cartão	

14-Telefone	16/06/2005
() -	
15-Nome do titular do plano	
MORGANA MARGARETTE DO NASCIM	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	18-Número no CRO 14979	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------------	--------------------	---------------------------------

23-Código na Operação / CNPJ / CPF	7 0 5 7 5 4 8 1 4 1 2
22-Nome do Contratado Executante	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES
23-Número no CRO	14979
24-UF	PE
25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200

25-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	14979	PE	(1) 95100200

[illegible][illegible]

CONSULIA UDONIOLOGICA

1 3 4 0 0 0 0 0 S 1 2

[illegible][illegible]

10 |

[illegible][illegible][illegible]

43- Tipo de Atendimento

☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Estrutura Radiológica 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência

☐ 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

2	1	0	0	0
---	---	---	---	---

47-Valor Total R\$

				0	0
--	--	--	--	---	---

contrato. Deixou, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional referencial ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/02/2011	12/02/2011	12/02/2011
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/02/2011	12/02/2011	12/02/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/02/2011	12/02/2011	12/02/2011
53-Data, local e Cambio da Empresa	11/02/2011	11/02/2011	11/02/2011

circunferência do perímetro

14979

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



836727
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/01/1/2/21	4-Data de Autorização 11/2/01/1/2/21	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9458293	7-Data Validade da Semna 11/2/01/4/1/2/21
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00020254000262000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MARCIO PEREIRA DO NASCIMENTO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCIO PEREIRA DO NASCIMENTO
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES
18-Número no CRO 14979	19-UF PE
20-Código CRO S 025 -	21-UF PE
22-Nome do Contratado Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	23-Número no CRO 14979
24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	27-Número no CRO 14979
28-UF PE	29-Código CRO 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 Clipse	42-Assinatura
1-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21
5-000	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21	119,01/12,21
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/11/2012	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	--

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. Deixo, 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 11/10/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/10/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/11/2012
--	--	--	--

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 11/22	4-Data de Autorização 12/05/10 11/22	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9603837	7-Data Validade da Semana 12/05/10 14/12/2
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

851586
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202544516000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/05/1986	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FILIPE JOSE DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA DOS SANTOS
---------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código de Operadora (CNPJ) CPF 136193607404	22-Nome de Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	27-Número no CRO 4550	28-UF PE	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	1000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00			S	25/01/12		Flávia
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			S	25/01/12		Flávia
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			S	25/01/12		Flávia
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			S	25/01/12		Flávia
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			S	25/01/12		Flávia
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			S	25/01/12		Flávia
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/12	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, compreendendo a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

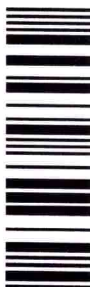
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/12
---	---	---	---

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z-Nº



837653
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012		4-Data de Autorização 26/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9461093		7-Data Validade da Senha 13/10/2012		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202544784100000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				
13-Nome SANDRO DUARTE DE SANTANA				25/12/1980				14-Telefone () - - - - -				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULYANA DA SILVA DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 14914		19-UF PE		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 70594152461		22-Nome do Contratado Executante JULYANA DA SILVA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 14914		24-UF PE		25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante JULYANA DA SILVA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 14914		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
1-00	810001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	26/10/2012		[Assinatura]
2-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	26/10/2012		[Assinatura]
3-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	26/10/2012		[Assinatura]
4-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	26/10/2012		[Assinatura]
5-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	26/10/2012		[Assinatura]
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2012	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 Solicitante
26/10/2012 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
26/10/2012 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
26/10/2012 [Assinatura]

53-Data, local e Campo da Empresa
26/10/2012 [Assinatura]

COMPANHIA DO SORRISO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 1 / 2 2	4-Data de Autorização 2 7 / 0 1 / 2 2	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9498124	7-Data Validade da Semana 2 4 / 0 4 / 2 2
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

849879
INTERCÂMBIO

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

13-Nome SANDRA DA SILVA LOPES TORRES	03/08/1978	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MILTON TORRES DA SILVA
---	------------	------------------------------	---

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 3 6 1 9 3 6 0 7 4 0 4	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	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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 Cláusula	42-Assinatura
1- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	27/01/22		
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	27/01/22		
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	27/01/22		
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	27/01/22		
5- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 0 0	0 0 0 0		S	27/01/22		
6- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	M	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	27/01/22		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 27/01/22	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 2 3 9 0 0	47- Valor Total R\$ 10 0 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(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 27/01/22 Tercia Napoles CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/01/22 Tercia Napoles CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/01/22 Sandra Da CRO 4550	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/01/22 COMPANHIA DO SOFRENDO
--	--	---	---

Sandra Lopes Torres