

**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: 2331

Competência: 04/2022

Tipo: Odontológico

Valor Total: **1.897,95**

Convênio: Odontolife

17 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
66049	CATARINA CARNEIRO DE FREITAS	14/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	945816	159,30
66074	EDILENE MARINHEIRO DE SANTANA	18/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	945807	235,50
66076	EDUARDO HENRIQUE SANTANA DA SILVA	18/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	945716	54,90
66090	EDUARDO HENRIQUE SANTANA DA SILVA	18/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	947201	63,00
66081	EDVALDO BATISTA DA SILVA FILHO	18/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	945786	159,30
66092	EDVALDO BATISTA DA SILVA NETO	18/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	947206	63,00
66079	EDVALDO BATISTA DA SILVA NETO	18/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	945724	109,80
66060	MARCELO RICARDO JOSE DA SILVA	14/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	946288	104,40
66490	MAYARA BEATRIZ SANTOS FERRAZ	25/04/22	VIRGILIO BERNARDINO FERRAZ JARDIM	947252	246,15
66075	MAYARA SANTANA DA SILVA	18/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	945781	64,80
66140	RAKELY CAMILA VIEIRA NASCIMENTO DOS SANTOS DA SILVA	18/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	948048	63,00
65671	RAKELY CAMILA VIEIRA NASCIMENTO DOS SANTOS DA SILVA	08/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	935140	164,70
66139	RAKELY CAMILA VIEIRA NASCIMENTO DOS SANTOS DA SILVA	18/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	930890	15,30
65372	RAQUEL BARBOSA DO NASCIMENTO	04/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	932392	134,10
66558	THAIS PESSOA GONÇALVES	26/04/22	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	9788100	59,10
66200	VERA LUCIA GOMES DE SANTANA	19/04/22	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	942386	54,45
66021	VICTOR GEORGE DE MELO SOUZA	14/04/22	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	938534	147,15



932392
INTERCÂMBIO

ude

100

41- Motivo da Glosa 42-Ass

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

[illegible][illegible]

48-Total Franquia / Co-participação _____,

te e arcar com os custos p
que assina esse documento

1000000

181

10

Ad Sottis



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 4-Data de Autorização 10/05/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9765096 7-Data Validade da Semeta 10/04/10 12-Data Validade da Semeta 10/04/10 17/12/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025466250000000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAKELY CAMILA VIEIRA NASCIMENTO DOS SANT 24/07/2007 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ELAINE NASCIMENTO VIEIRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 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 Enviar - RX (I) 85100226

26-Nome do Profissional Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 27-Número no CRO 4876 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-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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	08/04/12		Camila
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	02/04/12		Camila
3-00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVPI	1	122,00	0,00		S	03/04/12		Camila
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	03/04/12		Camila
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	03/04/12		Camila
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista/Termino do Tratamento 12/10/12 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 1366,00 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

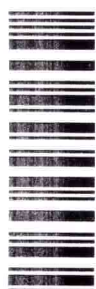
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 08/10/12 Dr. Ladjane S. Monteiro 08/10/12 Dr. Ladjane S. Monteiro
 Cirurgião-Dentista Cirurgião-Dentista
 CRO-4876 CRO-4876
 maxilamento das sanhas



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



946288
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2012	4-Data de Autorização 11/04/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9799796	7-Data Validade da Sentença 13/07/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00020254720480000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARCELO RICARDO JOSE DA SILVA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCELO RICARDO JOSE DA SILVA
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	18-Número no CRO 4876	19-UF PE	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 432806504101	22-Nome do Contratado Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	23-Número no CRO 4876	24-UF PE	25-Código CNES (I) 85100200	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	27-Número no CRO 4876	28-UF PE	29-Código CRO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

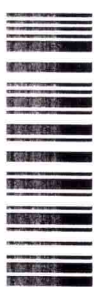
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	1,00		S	14/04/2012		Josele
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	1,00		S	14/04/2012		Josele
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	1,00		S	14/04/2012		Josele
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	1,00		S	14/04/2012		Josele
5-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36 OD	1		88,00	1,00		S	14/04/2012		Josele
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/04/2012	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 232,00	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 14/04/2012 Dra. Ladjane S. Monteiro Cirurgiã-Dentista CRO-4876	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/04/2012 Dra. Ladjane S. Monteiro Cirurgiã-Dentista CRO-4876	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/04/2012 Marcelo Ricardo Jose da Silva Marcelo Ricardo Jose da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/04/2012 Manhã do Sorriso
--	--	--	---



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/2014 4-Data de Autorização 11/04/2014 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9786347 7-Data Validade da Semeta 13/07/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025472048000010102 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 CATARINA CARNEIRO DE FREITAS 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano MARCELO RICARDO JOSE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 432806504110 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

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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	14/04/22		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	14/04/22		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	14/04/22		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	14/04/22		
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17 O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	S	14/04/22		
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27 O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	S	14/04/22		
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44 DO	1	88,00	0,00	0,00	0,00	S	14/04/22		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/04/22 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 354,00 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 14/04/22 Dra. Ladjane S. Monteiro 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/04/22 Dra. Ladjane S. Monteiro 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/04/22 Marcelo Ricardo Jose da Silva 53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/04/22 osmos op. e quodamoc

CRO-4876

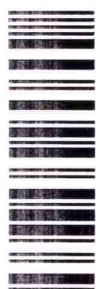
CRO-4876



Itapetininga, 1003 - Vila A. Ory

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



938534
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão na Guia 10/07/10 14/12/21	4-Data de Autorização 10/08/10 04/12/21	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9776161	7-Data Validade da Sereta 10/06/10 17/12/21
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 100120254592870000010101014	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GENTEC GRUPOS GERADORES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome VICTOR GEORGE DE MELO SOUZA	25/09/2002	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano RICARDO JORGE BRAGA DE SOUZA
--	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	18-Número no CRO 4876	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4328065041011	22-Nome do Contratado Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	23-Número no CRO 4876	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
--	---	--------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	27-Número no CRO 4876	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	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	14/04/22		35/04
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/04/22		35/04
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/04/22		35/04
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/04/22		35/04
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/04/22		35/04
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	14/04/22		35/04
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		OD	1	8,00	0,00		S	14/04/22		35/04
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/22												
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 327,00												
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 atendimento, 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2022 Dra. Ladjane S. Monteiro Cirurgiã-Dentista CRO-4876	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2022 Dra. Ladjane S. Monteiro Cirurgiã-Dentista CRO-4876	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2022 Ricardo Jorge Braga de Souza medo da saúde	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/2022 Companhia do Sorriso
--	--	--	---



Identificação: 0000 0000 0000

1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/2014 4-Data de Autorização 11/10/2014 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9798227 7-Data Validade da Serina 11/10/2017 12-Data Validade da Serina 11/10/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202546982900001051 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/10/2017 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MAYARA SANTANA DA SILVA 21/01/1996 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do Titular do plano EDILENE MARINHEIRO DE SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 18-Número no CRO 4876 19-UF PE 20-Código CRO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 432806104101 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 CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	18,00	18,00	18/04/22	Mayara		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	18,00	18,00	18/04/22	Mayara		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	18,00	18,00	18/04/22	Mayara		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	18,00	18,00	18/04/22	Mayara		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/04/22	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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(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

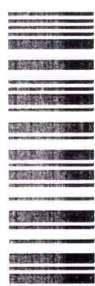
50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2014 Dra. Ladjane S. Monteiro CRO-4876

51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2014 Dra. Ladjane S. Monteiro CRO-4876

52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2014 Mayara

53-Data Local e Assinatura da Empresa 11/10/2014 CIA DO SORRISO

Mayara da Silva



1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 11/04/12 4- Data de Autorização 11/04/12 5- Sessão AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 9798298 7- Data Validade da Sessão 13/10/12 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8- Plano POS REDE PRESTADORA 9- Nome EDVALDO BATISTA DA SILVA FILHO 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 11/11/11 12- Nome do titular do plano EDILENE MARINHEIRO DE SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13- Nome EDVALDO BATISTA DA SILVA FILHO 14- Telefone 09/09/1968 15- Nome do titular do plano EDILENE MARINHEIRO DE SANTANA 16- Atendimento a RN N 17- Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 18- Número no CRO 4876 19- UF PE 20- Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 432180650410 22- Nome do Contratado Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 23- Número no CRO 4876 24- UF PE 25- Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 26- Nome do Profissional Excitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 27- Número no CRO 4876 28- UF PE 29- Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

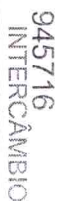
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Mchro da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3.6	10.0	0.0	0.0	11/04/12	22	
2-0	0	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3.6	10.0	0.0	0.0	11/04/12	22	
3-0	0	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3.6	10.0	0.0	0.0	11/04/12	22	
4-0	0	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3.6	10.0	0.0	0.0	11/04/12	22	
5-0	0	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	OP	1	8.8	10.0	0.0	0.0	11/04/12	22	
6-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6.1	10.0	0.0	0.0	11/04/12	22	
7-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6.1	10.0	0.0	0.0	11/04/12	22	
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento 11/04/12 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 354.00 47- Valor Total R\$ 10.00 48- Total Franquia / Co-participação R\$

49- Observação

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.

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/04/12 Dra. Ladjane S. Monteiro CRO-4876 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/12 Dra. Ladjane S. Monteiro CRO-4876 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/04/12 CIA DO SORRISO 53- Data, local e Carimbo da Empresa 11/04/12 CIA DO SORRISO

12-Numero do Cartao Nacional de SaudeEDILENE MARINHEIRO DE SANTANA025 - Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

RESTAURAÇÃO RESINA

Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico

...e a área com os custos corrigidos

Dentist

4810



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AMS
4066414

3-Data de Emissão da Guia
18/10/2014

4-Data de Autorização
18/10/2014

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9802445

7-Dia Validade da Guia
17/10/2014

947201
INTERCÂMBIO

Unidade do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020251469800000000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
11/11/2014

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EDUARDO HENRIQUE SANTANA DA SILVA

15/12/2004

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
EDILENE MARINHEIRO DE SANTANA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

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

025 -
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

27-Número no CRO
4876

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35100	0,00	0,00	0,00	0,00	18/04/22	Edilene	
2-0	0840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35100	0,00	0,00	0,00	0,00	18/04/22	Edilene	
3-0	0840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35100	0,00	0,00	0,00	0,00	18/04/22	Edilene	
4-0	0840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35100	0,00	0,00	0,00	0,00	18/04/22	Edilene	
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento
18/10/2014

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
140,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

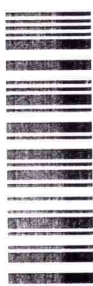
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
18/10/2014
Dra. Ladjane S. Monteiro
CRO-4876

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/10/2014
Edilene
marinheiro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/10/2014
Edilene
marinheiro

53-Data, local e Assinatura da Empresa
18/10/2014
CIA DO SORRISO

54-Data, local e Assinatura da Empresa
18/10/2014
CIA DO SORRISO



1-Região / ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/11/2014 4-Data de Autorização 14/11/2014 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 9798097 7-Data Validade da Sentença 13/11/2017 8-Data Validade da Guia 13/11/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002012546982900000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDVALDO BATISTA DA SILVA NETO

15/12/2004

14-Telefone

15-Nome do titular do plano EDILENE MARINHEIRO DE SANTANA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 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 432806510410 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

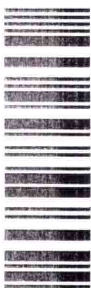
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00		18/04/22			Edilene
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00		18/04/22			Edilene
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00	0,00		18/04/22			Edilene
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00		18/04/22			Edilene
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Repouso / Tempo 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 244,00 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-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 18/04/22 Dra. Ladjane S. Monteiro CRO-4876 51-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista 18/04/22 Dra. Ladjane S. Monteiro CRO-4876 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/04/22 Edilene Macambuto 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 18/04/22 CIA DO SORRISO



1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão do Guia 18/11/2014 4- Data de Autorização 18/11/2014 5- Sentença AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 9802449 7- Data validade da Sentença 17/10/2014 8- Data validade da Sentença 17/10/2014

Dados do Emissor 9- Nome EDVALDO BATISTA DA SILVA NETO 10- Plano POS REDE PRESTADORA 11- Data validade da Carteira 15/12/2004 12- Nome do titular do plano EDILENE MARINHEIRO DE SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 13- Nome EDVALDO BATISTA DA SILVA NETO 14- Telefone (11) 15- Nome do titular do plano EDILENE MARINHEIRO DE SANTANA

16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 18- Número no CRO 4876 19- UF PE 20- Código CBO S 025 - 21- Código no Operador / CNPJ / CPF 143280650410 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

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- Molho da Glosa 42- Assinatura

1- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3 5 10 0	0,00	18,00	22	Edlene
2- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3 5 10 0	0,00	18,00	22	Edlene
3- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3 5 10 0	0,00	18,00	22	Edlene
4- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3 5 10 0	0,00	18,00	22	Edlene
5- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								
6- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								
7- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								
8- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								
9- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								
10- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								
11- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								
12- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								
13- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								
14- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								
15- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8								

43- Data Prescrição Tratamento 18/11/2014 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 140,00 47- Valor Total R\$ 0,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

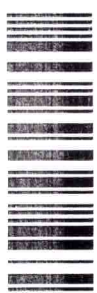
50- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2014 51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2014 52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2014 53- Data local e Carimbo da Empresa 18/11/2014

Dra. Ladjane S. Monteiro
CRO-4876

Dra. Ladjane S. Monteiro
CRO-4876

Edlene
Maurício

Companhia S. S. S. S. S.



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/10 4-Data de Autorização 11/04/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9798309 7-Data Validada de Seta 11/03/10 8-Data Validada de Seta 11/03/10 9-Data Validada de Seta 11/03/10

Dados do Beneficiário

10-Número da Carteira 000202546982900000010101 11-Plano POS REDE PRESTADORA 12-Data Validada da Carteira 11/04/10 13-Número do Cartão Nacional de Saúde 945807 INTERCÂMBIO

13-Nome EDILENE MARINHEIRO DE SANTANA

09/02/1976

14-Telefone () 15-Nome do titular do plano EDILENE MARINHEIRO DE SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 18-Número no CRO 4876 19-UF PE 20-Código CRO S 025 - 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 025 - 26-Nome do Profissional Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 27-Número no CRO 4876 28-UF PE 29-Código CRO S 025 - 30-Data Validada de Seta 11/03/10 31-Data Validada de Seta 11/03/10 32-Data Validada de Seta 11/03/10 33-Data Validada de Seta 11/03/10 34-Data Validada de Seta 11/03/10 35-Data Validada de Seta 11/03/10 36-Data Validada de Seta 11/03/10 37-Data Validada de Seta 11/03/10 38-Data Validada de Seta 11/03/10 39-Data Validada de Seta 11/03/10 40-Data Validada de Seta 11/03/10 41-Data Validada de Seta 11/03/10 42-Data Validada de Seta 11/03/10 43-Data Validada de Seta 11/03/10 44-Data Validada de Seta 11/03/10 45-Data Validada de Seta 11/03/10 46-Data Validada de Seta 11/03/10 47-Data Validada de Seta 11/03/10 48-Data Validada de Seta 11/03/10 49-Data Validada de Seta 11/03/10 50-Data Validada de Seta 11/03/10 51-Data Validada de Seta 11/03/10 52-Data Validada de Seta 11/03/10 53-Data Validada de Seta 11/03/10 54-Data Validada de Seta 11/03/10 55-Data Validada de Seta 11/03/10 56-Data Validada de Seta 11/03/10 57-Data Validada de Seta 11/03/10 58-Data Validada de Seta 11/03/10 59-Data Validada de Seta 11/03/10 60-Data Validada de Seta 11/03/10 61-Data Validada de Seta 11/03/10 62-Data Validada de Seta 11/03/10 63-Data Validada de Seta 11/03/10 64-Data Validada de Seta 11/03/10 65-Data Validada de Seta 11/03/10 66-Data Validada de Seta 11/03/10 67-Data Validada de Seta 11/03/10 68-Data Validada de Seta 11/03/10 69-Data Validada de Seta 11/03/10 70-Data Validada de Seta 11/03/10 71-Data Validada de Seta 11/03/10 72-Data Validada de Seta 11/03/10 73-Data Validada de Seta 11/03/10 74-Data Validada de Seta 11/03/10 75-Data Validada de Seta 11/03/10 76-Data Validada de Seta 11/03/10 77-Data Validada de Seta 11/03/10 78-Data Validada de Seta 11/03/10 79-Data Validada de Seta 11/03/10 80-Data Validada de Seta 11/03/10 81-Data Validada de Seta 11/03/10 82-Data Validada de Seta 11/03/10 83-Data Validada de Seta 11/03/10 84-Data Validada de Seta 11/03/10 85-Data Validada de Seta 11/03/10 86-Data Validada de Seta 11/03/10 87-Data Validada de Seta 11/03/10 88-Data Validada de Seta 11/03/10 89-Data Validada de Seta 11/03/10 90-Data Validada de Seta 11/03/10 91-Data Validada de Seta 11/03/10 92-Data Validada de Seta 11/03/10 93-Data Validada de Seta 11/03/10 94-Data Validada de Seta 11/03/10 95-Data Validada de Seta 11/03/10 96-Data Validada de Seta 11/03/10 97-Data Validada de Seta 11/03/10 98-Data Validada de Seta 11/03/10 99-Data Validada de Seta 11/03/10 100-Data Validada de Seta 11/03/10

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00					
2	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00					
3	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00					
4	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00					
5	010	85100020	RESTAURAÇÃO RESINA	OD	1	88,00	0,00					
6	010	85100020	RESTAURAÇÃO RESINA	OD	1	88,00	0,00					
7	010	85100020	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	1	88,00	0,00					
8	010	85100020	RESTAURAÇÃO RESINA	MOD	1	88,00	0,00					
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Pagamento/Término do Tratamento 11/04/10 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Valor Total US\$ 530,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Valor Total R\$ 0,00 49-Valor Total 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(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 11/04/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/04/10 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/04/10

Dra. Ladjane S. Monteiro
Cirurgiã-Dentista
CRO-4876

Dra. Ladjane S. Monteiro
Cirurgiã-Dentista
CRO-4876

Monteiro

Companhia de Seguro



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



930890
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/04 12 21	4-Data de Autorização 10/11/04 12 21	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9752166	7-Data Validade da Serina 13/01/06 12 21
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10120254662500001021	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
RAKELY CAMILA VIEIRA NASCIMENTO DOS SANT

14-Telefone
24/07/2007

15-Nome do titular do plano
ELAINE NASCIMENTO VIEIRA DOS SANTOS

16-Atendimento a RV
LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

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
432806504101

22-Nome do Contratado Executante
LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

23-Número no CRO
4876

24-UF
PE

25-Código CNES
29-Código CBO S

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
CONSULTA ODONTOLÓGICA

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 Gêse
42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$
48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Beneficiário

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

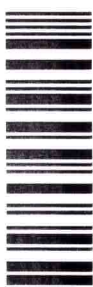
65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



948048
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2017	4-Data de Autorização 18/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9804975	7-Data Validade da Senha 17/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202546625000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

RAKELY CAMILA VIEIRA NASCIMENTO DOS SANT	24/07/2007	14-Telefone () -	15-Nome no título do plano ELAINE NASCIMENTO VIEIRA DOS SANTOS
--	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	18-Número no CRO 4876	19-UF PE	20-Código CRO 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 CRO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35	100	10,00	18/04/2014	ela			
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35	100	10,00	18/04/2014	ela			
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	35	100	10,00	18/04/2014	ela			
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	100	10,00	18/04/2014	ela			
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/04/2017	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 140,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2017 Dra. Ladjane S. Monteiro Cirurgiã-Dentista CRO-4876	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2017 Dra. Elaine S. Monteiro Cirurgiã-Dentista CRO-4876	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2017 Camila Camila CRO-4876	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/10/2017 Compartilhada Compartilhada
---	--	--	--



78-0001818-1003-0001-0002

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



942517
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dano de Emissão da Guia 11211014112121	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Serina AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 9788100	7-Data Validade da Serina 111111017112121
--------------------------	---	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1010201215131211211010101011011	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 THAIS PESSOA GONCALVES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano THAIS PESSOA GONCALVES
-----------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	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 110113801416413311	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-Índice	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
1-0101	812000181751	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	73,1010	0,00			26/10/12		Thais
2-0101	812000181591	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	1	73,1010	0,00			26/10/12		Thais
3-0101	811000101301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,1010	0,00			26/10/12		Thais
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-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 0,00	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

CIA DO SORRISO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 26/10/12, 11:41, CRO de 11:41	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/12, 11:41, CRO de 11:41	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/12, 11:41, Thais P. Goncalves	53-Data, local e Campo da Empresa 26/10/12, 11:41
--	--	--	--

Companhia do Sorriso



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2014	4-Data de Autorização 12/01/2014	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9802634	7-Data Validade da Semeta 11/07/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

947252
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202154572440000103	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 MAYARA BEATRIZ SANTOS FERRAZ		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ELIZABETE CRISTINA DE ANDRADE SANTOS

16-Aferimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VIRGILIO BERNARDINO FERRAZ JARDIM		18-Número no CRO 11735	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 09857960499		22-Nome do Contratado Executante VIRGILIO BERNARDINO FERRAZ JARDIM		23-Número no CRO 11735	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 82001294-48
26-Nome do Profissional Excitante VIRGILIO BERNARDINO FERRAZ JARDIM		27-Número no CRO 11735		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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18	1	1	361,00	0,00	0,00	S	25/04/14	27	Adriana
2-010	82001286	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48	1	1	186,00	0,00	0,00	S	25/04/14	22	Adriana
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/04/14	44-Tipo de Aferimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 547,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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 25/04/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/04/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/04/14	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/04/14
---	---	---	---