

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1014

Competência: 03/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **300,30**

Convênio: Odontolife

8 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
26276	EDIMILSON SANTIAGO DAS NEVES	30/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	512067	44,70
25772	EDIMILSON SANTIAGO DAS NEVES	22/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	505095	36,60
25990	ELIANE LAURINDO DA SILVA	24/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	507980	10,20
25989	ERICA PATRICIA DA SILVA	24/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	507973	71,70
26132	JOSUALDO GRIOGORIO DAS CHAGAS	26/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	504553	21,90
25540	MICHEL ANGELO SALVADOR DA SILVA	16/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	500732	36,60
25991	RUAN RODRIGO DA SILVA JUVENCIO	24/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	507995	36,60
26370	RUAN RODRIGO DA SILVA JUVENCIO	31/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	512780	42,00



500732
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/03/21	4-Data de Autorização 16/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8392430	7-Data Validade da Senha 14/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202535716900000102		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS	
13-Nome MICHEL ANGELO SALVADOR DA SILVA		16/02/1991			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36193607404		22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		
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	44	O	1	61,00	0,00		S	16/03/21		MICHEL
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	16/03/21		MICHEL
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/03/21	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 16/03/21 Dra. Tercia Napolis CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 16/03/21 Dra. Tercia Napolis CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/21 MICHEL ANGELO SALVADOR DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/03/21 Companhia do Saneamento Ltda.
--	--	--	--



505095
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2021	4-Data de Autorização 22/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8407137	7-Data Validade da Senha 20/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535599800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDIMILSON SANTIAGO DAS NEVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDIMILSON SANTIAGO DAS NEVES		
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	

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	22/03/21		Edimilson
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	22/03/21		Edimilson
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/03/21	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(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 22/10/21 Tercia Napoils Cirurgião Dentista CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/21 Tercia Napoils Cirurgião Dentista CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/21 Edimilson Santiago das neves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/21 Caspentin do Sampa Lda.
---------------	--	--	--	---



507973
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/21	4-Data de Autorização 12/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8420149	7-Data Validade da Senha 12/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ERICA PATRICIA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERICA PATRICIA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 361193607404		22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/03/21		Erica
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/03/21		Erica
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/03/21		Erica
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/03/21		Erica
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/03/21		Erica
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	61,00	0,00		S	24/03/21		Erica
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/03/21	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 239,00	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, por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento 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 24/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/03/21
---------------	---	---	---	---

Erica Patricia da Silva



507980
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/21	4-Data de Autorização 12/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8420185	7-Data Validade da Senha 12/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202536490300000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIANE LAURINDO DA SILVA 20/11/1964			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERICA PATRICIA 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 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		

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/03/21		Elane
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/03/21	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 34,00	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 24/03/21 Dr. Tercia Maria Napol... CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21 Dr. Tercia Maria Napol... CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21 Elane Laurindo da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/03/21 Companhia de Seguro Ltda.
--	--	---	---



507995
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/03/21	4-Data de Autorização 24/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8420223	7-Data Validade da Senha 22/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202536490300000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RUAN RODRIGO DA SILVA JUVENCIO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERICA PATRICIA DA SILVA	

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	Enviar - RX (I) 85100200
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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	24/03/21		E. Co
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/03/21		E. Co
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/03/21	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 24/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/03/21
---------------	---	---	---	---

Erica Patricia da Silva



504553
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/21	4-Data de Autorização 12/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8405222	7-Data Validade da Senha 17/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253571690000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS		
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	

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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	12	1	1	73,00	0,00		S	26/03/21		TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/03/21	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 procedimentos, 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 26/03/21 TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/03/21 TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/03/21 JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/03/21 Companhia do Serviço Ltda
--	--	---	--



512067
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/03/21	4-Data de Autorização 30/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8437702	7-Data Validade da Senha 28/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202535599800000101		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano EDIMILSON SANTIAGO DAS NEVES	
13-Nome EDIMILSON SANTIAGO DAS NEVES		17/07/1980			

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 Enviar - RX (I) 85100200
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	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	30/03/21		Edimilson
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	61,00	0,00		S	30/03/21		Edimilson
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/03/2021	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 149,00	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 30/03/2021 Tercia Napolis Cirurgião Dentista CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/2021 Tercia Napolis Cirurgião Dentista CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/2021 Edimilson Santiago das Neves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/03/2021 Companhia do Soro Lda
---------------	--	--	--	--	---



512780
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/03/21	4-Data de Autorização 31/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8440561	7-Data Validade da Senha 29/06/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020253649030000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome RUAN RODRIGO DA SILVA JUVENCIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERICA PATRICIA DA SILVA		
22/03/2007					
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
1-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			31/03/21		Erica
2-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			31/03/21		Erica
3-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			31/03/21		Erica
4-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			31/03/21		Erica
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/03/21	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\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 Cirurgião Dentista CRO 4550	Dra. Tercia Napoles Cirurgião Dentista CRO 4550
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/21 Erica Patricia da Silva
52-Data, local e Carimbo da Empresa 31/03/21	