

**CIA DO SORRISO**

02.045.239/0001-03

Avenida Doutor José Augusto Moreira, Casa Caiada

Olinda - PE, CEP- 53130-410

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8201

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 4617

Competência: 02/2022

Tipo: Odontológico

Valor Total: **594,60**

Convênio: Odontolife

9 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
136789	GUILHERME HENRIQUE DA SILVA MOTA	23/02/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	888167	61,50
136587	HILDA SOARES BATISTA	03/02/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	851122	43,80
135996	JANILDA FERREIRA DAS NEVES	17/02/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	871382	116,40
136897	JANILDA FERREIRA DAS NEVES	24/02/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	879624	91,50
135310	JEFFERSON DAVYD DOS SANTOS	11/02/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	869742	53,40
136709	MARIA EDUARDA DA SILVA MELO	23/02/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	884949	69,00
136528	MARYANNA DE SOUZA SABINO	22/02/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	886010	36,60
135053	SARA LETICIA DE SOUZA CARNEIRO	09/02/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	870036	44,70
134831	SIMONE SILVA DE AQUINO CHACON OLIVEIRA	08/02/22	SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO	861878	77,70

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/02 4-Data de Autorização 12/13/02 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9609029 7-Data Validade da Serinha 12/21/05 884949 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202521336500087903 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS 11-Data Validade da Carteira 12/11/02 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA EDUARDA DA SILVA MELLO 03/01/2002 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano ROSENIL DA MARIA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CANADA) 18-Número no CRO 4550 19-UF PE 20-Código CBO S 11 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136193607404 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-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	0,00	0,00		S	23/02/02		TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	0,00	0,00		S	23/02/02		TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	0,00	0,00		S	23/02/02		TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	61	0,00	0,00		S	23/02/02		TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	61	0,00	0,00		S	23/02/02		TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Previsão Tempo de 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 230,00 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 a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 23/02/02 Tercia Maria Napolos Cirurgião Dentista CRO 4550 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 23/02/02 Tercia Maria Napolos Cirurgião Dentista CRO 4550 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/02/02 Maria Eduarda da Silva Mello 53-Data, local e Assinatura da Empresa 23/02/02 COMPANHIA DO SORRISO

2-N-



Dados do Contratado Responsável pelo rateamento

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

COMPANHIA DO SORRISO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2022	4-Data de Autorização 24/11/2022	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9594231	7-Data Validade da Serinha 18/10/2022	879624 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020254575980000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11				
13-Nome JANILDA DOS SANTOS FERREIRA						
15-Nome do titular do plano JANILDA DOS SANTOS FERREIRA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218	
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 PE	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00
2-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MIP	1	122,00
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsto Término do Tratamento 24/10/2022						
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Valor Total US 305,00						
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 24/11/2022 Tercia Maria Napolles Cirurgia Dentista CRD 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 24/11/2022 Tercia Maria Napolles Cirurgia Dentista CRD 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2022 Janilda Ferreira das Neves	53-Data, local e Caimbo da Empresa 24/11/2022
--	---	---	--

COMPANHIA DO SORRISO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



851122
INTERCÂMBIO

Inscrição de Cadastro: B-5097

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2019	4-Data de Autorização 10/03/2019	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9502227	7-Data Validade da Semeta 12/04/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101020254444960000101	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

HILDA SOARES BATISTA

22/05/1987

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
HILDA SOARES BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
---------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

136119360740411

22-Nome do Contratado Executante

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

23-Número no CRO

4550

24-UF

PE

25-Código CNES

26-Número no CRO

4550

28-UF

PE

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

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
1-010	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	25	1	1	73,00	0,00			03/10/2019		
2-010	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	27	1	1	73,00	0,00			03/10/2019		
3-1												
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 Prevista / Término do Tratamento 03/10/2019	44-Tipo de Aliendamento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 03/10/2019 Luiz Marques	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 03/10/2019 Luiz Marques	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2019 Hilda Soares	53-Data, local e Cartão da Empresa 03/10/2019 COMPANHIA DO SORRISO
--	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/12/10 12:12

4-Data de Autorização
10/18/10 12:12

5-Serinha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9537714

7-Data Validade da Serinha
10/13/10 15:12

861878
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010202151971190010106011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SYSTHEX SISTEMAS DE

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SIMONE SILVA DE AQUINO CHACON OLIVEIRA

18/07/1987

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Titular do plano
SIMONE SILVA DE AQUINO CHACON OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO

18-Número no CRO
13653

19-UF
PE

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 82001294-48

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1701260922439

22-Nome do Contratado Executante
SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO

24-UF
PE

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO

27-Número no CRO
13653

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	00182001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48	1	1	18610	0100	0100	0100	0100	0100	0100
2	00182000816	EXODONTIA A RETALHO	18	1	1	7310	0100	0100	0100	0100	0100	0100
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término 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
25910

47-Valor Total R\$
0100

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/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
08/10/12

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/10/12

52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
08/10/12

53-Data local e Assinatura da Empresa
08/10/12

54-Data local e Assinatura da Empresa
08/10/12

Silvia



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 2/12/21 4-Data de Autorização 10/09/10 2/12/21 5-Série 6-Número da Guia Principal 9563391 7-Data Validade da Série 11/01/10 5/12/21

870036
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 4 5 4 0 7 6 0 0 0 0 1 0 4

13-Nome SARA LETICIA DE SOUZA SABINO

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone () - - - - -

11-Data Validade da Carteira / / / 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 15-Nome do titular do plano MARCONES LUIS SABINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 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

20-Código CBO S 11

25-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

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-	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	10/03/22		
2-	0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OM	1	8 8 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	10/03/22		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/03/22 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fractal 46-Total Quantidade US 1 4 9 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 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 no 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 09/10/21/21 Cirurgião-Dentista CRO 4550 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/21/21 Cirurgião-Dentista CRO 4550 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/21/21 Ana Letícia de Souza Sabino 53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/21/21 COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2012

4-Data de Autorização
11/10/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9562576

7-Data Validade da Senha
11/01/05/12

869742
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025434011200001101

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
JEFFERSON DAVYD DOS SANTOS

09/01/1997

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JEFFERSON DAVYD DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)

18-Número no CRO
4550

19-UF
PE

20-Código CBO S
11

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-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	810001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				11/02/12		
2-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				11/02/12		
3-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				11/02/12		
4-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				11/02/12		
5-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				11/02/12		
6-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				11/02/12		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto 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\$							
11/03/12	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	178,00	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. 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
11/02/12

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado
11/02/12

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/02/12

53-Data local e Carimbo da Empresa
11/02/12

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2022	4-Data de Autorização 11/01/2022	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9568061	7-Data Validade da Semeta 11/01/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

871382
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2022	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANILDA DOS SANTOS FERREIRA		24/11/1967	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JANILDA DOS SANTOS FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136193607404	22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES (I) 85100200	26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	27-Número no CRO 4550	28-UF PE
29-Código CBO S		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	00	81000030		1		34,00				11/02/22		
2	00	85300047		1		36,00				11/02/22		
3	00	85300047		1		36,00				11/02/22		
4	00	85300047		1		36,00				11/02/22		
5	00	85300047		1		36,00				11/02/22		
6	00	85100196		1		16,00				11/02/22		
7	00	85100200		1		88,00				11/02/22		
8	00	85100196		1		61,00				11/02/22		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2022	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Parcial	46-Total Quantidade US 388,00	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 11/01/2022	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1-Operadora 2-Operadora 11/01/2022	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2022	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2022
---	---	---	---

JANILDA FERREIRA DAS NEVES

COMPANHIA DO SORRISO