

**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: 2142

Competência: 12/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **535,95**

Convênio: Odontolife

3 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
58857	GILVAN HELENO MARQUES	09/12/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	799877	119,70
58448	LYZANDRA THIANY DE MELO CAVALCANTI	01/12/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	795043	174,60
58731	PAULA STEFANNE GOMES DE LIMA	06/12/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	795013	241,65



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/11/11/21	4-Data de Autorização 12/5/11/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9336021	7-Data Validade da Senha 12/3/11/02/12
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

795043
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202543401200000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LYZANDRA THIANY DE MELO CAVALCANTE	18/08/2000	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano JEFFERSON DAVYD 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 43281650410	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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aid	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	1,00	0,00	1	01/12/11	1	Lygandine
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	1,00	0,00	1	01/12/11	1	Lygandine
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	3,6	1,00	0,00	1	01/12/11	1	Lygandine
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	1,00	0,00	1	01/12/11	1	Lygandine
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6,1	1,00	0,00	1	01/12/11	1	Lygandine
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6,1	1,00	0,00	1	01/12/11	1	Lygandine
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,1	1,00	0,00	1	01/12/11	1	Lygandine
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6,1	1,00	0,00	1	01/12/11	1	Lygandine
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista, Término do Tratamento 01/12/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 388,00	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 01/11/12/11/11 Jta. Ladjane Monteiro Cirurgia - Dentista- CRO 4876	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/12/11/11 Jta. Ladjane Monteiro Cirurgia - Dentista- CRO 4876	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/12/11/11 Lygandine	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/12/11/11
---	---	---	---

Lygandine de m. Cavalcanti

EMPANHADO SORRISO

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

795013
INTERCÂMBIO

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

PAULA STEFANNE GOMES DE LIMA- C70 -

(1) 85100218

(1) 85100218

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

Journal of Management Education 36(10)



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/11/21

4-Data de Autorização
13/01/11/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9350624

7-Data Validade da Sessão
12/8/10/12/12

799877
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/02/5440/2200000000101

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
GILVAN HELENO MARQUES

28/04/1970

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
GILVAN HELENO MARQUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

22-Nome do Contratado Executante
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
1432806504101101

23-Número no CRO
4876

24-UF
PE

25-Código CNES

Enviar - RX
(1) 85100218

26-Nome do Profissional Executante
LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

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 Glisa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6,10 0			11	09/12/11		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6,10 0			11	09/12/11		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6,10 0			11	09/12/11		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6,10 0			11	09/12/11		
5-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8			1	12,10 0			11	09/12/11		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dados Previstos no Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

05/11/21/21

Dr. Ladjane Monteiro
CBO 1476

51-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

05/11/21/21

Dr. Ladjane Monteiro
CBO 1476

52-Dado Local e Assinatura do Beneficiário Responsável

05/11/21/21

Helene Lucy

53-Dado Local e Dano da Empresa

05/11/21/21

COMPANHIA DO SORRISO