

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Razão Social: COMPANHIA DO SORRISO LTDA

CNPJ: 02045239000103 (COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA))

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4550/PE

Cirurgião Dentista: (13774) - TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
365001 - I	WALTER CHAGAS (00202531390100000101)		27/08/2020	300	0.3	R\$ 90,00 ✓
365045 - I	WILLAMYS JOSE DE ALBUQUERQUE (00202531390100000104)		27/08/2020	266	0.3	R\$ 79,80 ✓
372985 - I	EDVANIA MARIA DA SILVA (00202531845000000101)		10/09/2020	266	0.3	R\$ 79,80 ✓
373030 - I	WANDERSON GUILHERME DA SILVA (00202531845000000103)		10/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40 ✓
374566 - I	ALICIA SANTOS SANTANA (00202525307100073601)		14/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40 ✓
378312 - T	MONICA MARIA PAUINO SILVEIRA (40641400000500042402) ✓		18/09/2020	300	0.3	R\$ 90,00 ✓
395962 - I	FERNANDA FERREIRA DE MELO FERRAGUT (00202520399400021502) ✓		14/10/2020	95	0.3	R\$ 28,50 ✓
400040 - I	ALICIA SANTOS SANTANA (00202525307100073601) ✓		20/10/2020	61	0.3	R\$ 18,30 ✓
401750 - I	JOAS CRISPIM DA CRUZ (00202531314200000102) ✓		22/10/2020	87	0.3	R\$ 26,10 ✓
406731 - I	CANDIDA MARIA PRYCYLYAN DA SILVA (00202532517800000101)		28/10/2020	122	0.3	R\$ 36,60 ✓

Totalizador

N° de USOs: 1853
N° de atendimentos: 10
Valor: R\$ 555,90

CRO: 4876/PE

Cirurgião Dentista: (13785) - LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
398485 - I	FABRIANO EMIDIO DE ALMEIDA (00202531309500000101) ✓		19/10/2020	178	0.3	R\$ 53,40 ✓

Totalizador

N° de USOs: 178
N° de atendimentos: 1
Valor: R\$ 53,40

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 2031
N° de atendimentos: 11
Valor: R\$ 609,30

Totalizador da Clínica

N° de USOs: -843- (2031)
N° de atendimentos: -06- (11)
Valor: (R\$ 609,30)

VALOR = 252,90

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 04/11/2020 18:27

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2019	4-Data de Autorização 10/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7884930	7-Data Validade da Senha 11/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

378312
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202511602200001402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome MONICA MARIA PAUINO SILVEIRA	03/09/1978	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CARLOS PEDRO CAVALCANTI
---	------------	------------------------------	--

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 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cor	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00			100	10/10/20		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00			100	10/10/20		
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00			100	10/10/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			100	10/10/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			100	10/10/20		
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			100	10/10/20		
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00			100	10/10/20		
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/10/20	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 300,00	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), foram realizados 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 01/11/2019 Dra. Tercia Napoles Cirurgião Dentista CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2019 Dra. Tercia Napoles Cirurgião Dentista CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2019 Paulineiro Paolino Paulineiro Paolino	53-Data, local e Caminho da Empresa 10/11/2019
--	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

00000-79840-

2-Nº



395962
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/14/11 10/12/10 4-Data de Autorização 12/11/11 10/12/10 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7959225 7-Data Validade da Semana 11/12/10 11/12/11

8-Número da Carteira 10101210251203994100021151021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PERKONS S A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FERNANDA FERREIRA DE MELO FERRAGUT 14-Telefone (11) 15-Nome do titular do plano SOLEMAR FERRAGUT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 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 1361913607404 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- Molho da Gisa	42- Assinatura
1-0	01811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3.410,00	39,20,00		S	21/10/10		
2-0	01851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	6.110,00	118,30,00		S	21/10/10		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto 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 19151010 47-Valor Total R\$ 218510101010 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 21/11/2010 2010 Rua Tercia Napolis 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2010 2010 Rua Tercia Napolis 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/11/2010 2010 Rua Tercia Napolis 53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/11/2010 2010 Rua Tercia Napolis

2-N^o400040
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

ude

13-Nome

Alicia Santos Santana

02/09/1998

ALICIA SANTOS SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

26-Nome do Profissional Executante

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

4550

PE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

41- Motivo da Glosa 42-Ass

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

—

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

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]

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

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

48-Total Franquia / Co-participação[illegible]

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

49-Observaço

Napoli-

ਅਕਾਲ ਨਾਮੁ:

1830

1000

Dra. Leila Denussi

17.10.2019

[illegible]

100

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião

CR0 4550

24/10/20

CRO 4550

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Company's New Logo



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



401750
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2020	4-Data de Autorização 24/11/2020	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7982487	7-Data Validade da Sentença 12/10/21
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 002025313142000010102	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 2 ^{AN}
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome
JOAS CRISPIM DA CRUZ

14-Teléfono () 992710680	15-Nome do titular do plano NIEDJA LIMA CRISPIM
------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAADA)	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
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 29	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-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	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	1	73,00	219,00	0,00	S	24/01/2020		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	420,00	0,00	S	24/01/2020		
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-Dados do Prestador / Tratamento 24/01/2020	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 87,00	47-Valor Total R\$ 261,00	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(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 Beneficiário / Responsável 24/01/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/01/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/01/2020	53-Data, local e Assinatura da Empresa 24/01/2020
---	---	---	--

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

María Puschner da Silva

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/9/11 01/210 4-Data de Autorização 11/9/11 01/210 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 79688862 7-Data Validade da Seria 11/7/10 11/1211

398485
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202531309500001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome FABRIANO EMIDIO DE ALMEIDA

30/03/1980

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano FABRIANO EMIDIO DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento 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 na Operadora (CNPJ / CPF)

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO 4876

24-UF PE

25-Código CNES

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moção da Gloriosa	42-Assinatura
1-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0	0,0	10,0	1	1	11/10/2012
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0	0,0	10,0	1	1	11/10/2012
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0	0,0	10,0	1	1	11/10/2012
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0	0,0	10,0	1	1	11/10/2012
5-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0	0,0	10,0	1	1	11/10/2012
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/2012 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 1178,00

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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2012 Jta. Ladjane Monteiro Cirurgiã - Dentista CRO 4876 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2012 Jta. Ladjane Monteiro Cirurgiã - Dentista CRO 4876 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2012 Fabiano Emidio de Almeida 53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2012 Interchange do Sorriso