



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: 3547

Competência: 05/2021

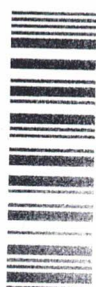
Tipo: Odontológico

Valor Total: **96,00**

Convênio: Odontolife

1 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
102897	MARIA EDUARDA MOREIRA DA SILVA	24/05/21	BRUNA RIBEIRO DE CASTRO	526953	96,00



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/21 4-Data de Autorização 12/05/21 5-Sinônimos AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8496853 7-Data Validação da Guia 18/07/21 526953 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 02022537014000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 11/01/11 12-Número do Cadastro Nacional de Saúde

13-Nome MARIA EDUARDA MOREIRA DA SILVA 21/08/2007 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SIRLEIDE SILVA MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Adiantamento a R\$ 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA RIBEIRO DE CASTRO 18-Número no CRO 12865 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08648184401 22-Nome do Contratado Excusante BRUNA RIBEIRO DE CASTRO 23-Número no CRO 12865 24-UF PE 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excusante BRUNA RIBEIRO DE CASTRO 27-Número no CRO 12865 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 Guia	42- Assinatura
1	00	8300000819	EXODONTIA SIMPLES DE	51	1	73,00	0,00	0,00	S	24/05/21	1	BRUNA
2	00	8300000819	EXODONTIA SIMPLES DE	61	1	73,00	0,00	0,00	S	24/05/21	1	BRUNA
3	00	8100000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	S	24/05/21	1	BRUNA
4	00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00	0,00	S	24/05/21	1	BRUNA
5	00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00	0,00	S	24/05/21	1	BRUNA
6	00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00	0,00	S	24/05/21	1	BRUNA
7	00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00	0,00	S	24/05/21	1	BRUNA
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/05/21 44-Tipo de Adiantamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orçonomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 320,00 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 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Cópia local e assinatura do Contratado Solicitante 24/08/21 Da Bruna Castro 51-Cópia local e assinatura do Contratado Excusante 24/08/21 Da Bruna Castro 52-Cópia local e assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/21 Da Bruna Castro 53-Dala, local e Carimbo da Empresa 24/08/21 54-PANINHA DO SORRISO