



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

SITE:

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1975

Competência: 09/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **109,80**

Convênio: Odontolife

1 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
54664	VERA LUCIA GOMES DE SANTANA	27/09/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	719261	109,80

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 9/12/11 4-Data de Autorização 12/7/10 9/12/11 5-Semana CONCLUIDO 6-Número da Guia Principal 9106807 7-Data Validade da Guia 12/6/11 12/12/11 719261 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 12/5/4 1/7 2/7 5/0 0/0 0/0 1/0 1/0 1/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/1/11 1/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

VERA LUCIA GOMES DE SANTANA

07/10/1972

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano VERA LUCIA GOMES DE SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4328065041011

22-Nome do Contratado Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

23-Número no CRO 4876

24-UF PE

25-Código CNES 025 -

26-Código CRO S

27-Número no CRO 4876

28-UF PE

29-Código CRO S

30-UF PE

31-Código CRO S

32-Código CRO S

33-Código CRO S

34-Código CRO S

35-Código CRO S

36-Código CRO S

37-Código CRO S

38-Código CRO S

39-Código CRO S

40-Código CRO S

41-Código CRO S

42-Código CRO S

43-Código CRO S

44-Código CRO S

45-Código CRO S

46-Código CRO S

47-Código CRO S

48-Código CRO S

49-Código CRO S

50-Código CRO S

51-Código CRO S

52-Código CRO S

53-Código CRO S

54-Código CRO S

55-Código CRO S

56-Código CRO S

57-Código CRO S

58-Código CRO S

59-Código CRO S

60-Código CRO S

61-Código CRO S

62-Código CRO S

63-Código CRO S

64-Código CRO S

65-Código CRO 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-Moio da Glasa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MVP	1	1 2 2 1 0 0	1 0 0 0	1	0 1 1 1 0 1 2 1	1	
2-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DVP	1	1 2 2 1 0 0	1 0 0 0	1	0 1 1 1 0 1 2 1	1	
3-1	1											
4-1	1											
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Previsão 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 1244,00 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), 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cópia da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 55-Data, local e Cópia da Empresa

CIA DO SORRISO