

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1150

Competência: 05/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **105,60**

Convênio: Odontolife

2 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
28874	LARISSA FERNANDA DA SILVA ALBINO	26/05/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	565555	52,20
28873	PAULA FERNANDES DA SILVA	26/05/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	565559	53,40



Tratando de para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2015	4-Data de Autorização 12/06/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8635453	7-Data Validade da Guia 12/06/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

565559
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10020253818330000101	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 PAULA FERNANDES DA SILVA	06/09/1981	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano PAULA FERNANDES DA SILVA
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1316193607404	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-Motivo da Clima	42-Assinatura
1-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0	10,0	1	12/06/2015	1	Paula
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0	10,0	1	12/06/2015	1	Paula
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0	10,0	1	12/06/2015	1	Paula
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0	10,0	1	12/06/2015	1	Paula
5-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0	10,0	1	12/06/2015	1	Paula
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 12/06/2015	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\$ 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) 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 12/06/2015 Tercia Maria Napolés Medeiros Cirurgia Dentista CRO 4550	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2015 Tercia Maria Napolés Medeiros Cirurgia Dentista CRO 4550	52-Data Local e Assinatura do Participante Responsável 12/06/2015 Paula Fernandes Paula Fernandes CRO 4550	53-Data Local e Assinatura da Empresa 12/06/2015 Companhia do Soro Companhia do Soro CRO 4550
---	---	---	--



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8635447	7-Data Validade da Senha 12/14/10 18/12/11
--------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	---

565555
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101021021531818330100010104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Cartão Nacional da Saúde
13-Nome LARISSA FERNANDA DA SILVA ALBINO		14-Teléfono (11) 11111111		15-Nome do titular do plano PAULA FERNANDES DA SILVA
09/09/2008				

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13161193161017404111		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-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura	
1-	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 1 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HA SE	1	1	3 5 , 1 0 1 0	1 0 , 1 0 1 0	2 6 , 6 5 , 2 1	Paula	26/05/11	Paula	Paula	
2-	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 1 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HA IE	1	1	3 5 , 1 0 1 0	1 0 , 1 0 1 0	2 6 , 6 5 , 2 1	Paula	26/05/11	Paula	Paula	
3-	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 1 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HA ID	1	1	3 5 , 1 0 1 0	1 0 , 1 0 1 0	2 6 , 6 5 , 2 1	Paula	26/05/11	Paula	Paula	
4-	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 1 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HA SD	1	1	3 5 , 1 0 1 0	1 0 , 1 0 1 0	2 6 , 6 5 , 2 1	Paula	26/05/11	Paula	Paula	
5-	0 0 0 8 1 0 0 0 0 6 1 5 1	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 , 1 0 1 0	1 0 , 1 0 1 0	2 6 , 6 5 , 2 1	Paula	26/05/11	Paula	Paula	
6-	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
7-	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
8-	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
9-	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
10-	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
11-	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
12-	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
13-	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
14-	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
15-	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/6/05/11													
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 1 0 , 1 0 1 0													
47-Valor Total R\$ 1 0 , 1 0 1 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 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.

43-Data Término do Tratamento 16/05/11	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 10,10,10	47-Valor Total R\$ 10,10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,11
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/05/11 CRO 4550 Tercia Maria Napoles					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/05/11 CRO 4550 Tercia Maria Napoles					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/05/11 Paula Fernandes					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/05/11					