

**CIA DO SORRISO**

02.045.239/0007-07

Avenida Conselheiro Aguiar, Pina

Recife - PE, CEP- 51011-031

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8230

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1516

Competência: 12/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **804,15**

Convênio: Odontolife

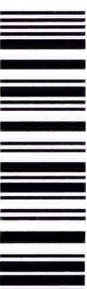
10 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
40400	ADILMA CRISTINA DAS NEVES	17/12/21	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	812423	32,85
40179	BIATRIZ ELENA FERREIRA DE SOUZA	14/12/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	809089	70,20
40180	BRENA MURIELLY FERREIRA DE SOUZA	14/12/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	809146	70,20
39476	ECHILY VALESKA SOARES SURUAGY	02/12/21	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	794666	65,70
40606	ELOYSA RAMOS DOS SANTOS	21/12/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	819709	70,20
39447	JAQUELINE GOMES MONTEIRO	01/12/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	785373	54,90
39448	JAQUELINE GOMES MONTEIRO	01/12/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	802387	64,80
39486	TIAGO SIMOES RODRIGUES	02/12/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	786991	147,15
40232	WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA	15/12/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	808682	173,25
40707	WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA	22/12/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	817925	54,90



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2A^o



BRASIL 2019 - 100% VÁLIDA

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2021	4-Data de Autorização 07/11/2021	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9379386	7-Data Validade da Semeta 07/10/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

809146
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538951200001021	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 BRENDA MURIELLY FERREIRA DE SOUZA	14/01/1997	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano BIATRIZ ELENA FERREIRA DE SOUZA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	18-Número no CRO 14429	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170165877464	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Número no CRO 14429	24-UF PE	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Número no CRO 14429	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 Glosa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00		14/12/2021		Brenda
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00		0,00		14/12/2021		Brenda
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00		0,00		14/12/2021		Brenda
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/12/2021	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 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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

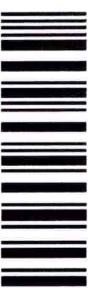
CIA DO SOBRESOLIDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/11/2021 em Dandhara Almeida Cirurgiã Dentista CRO-PE 14.429	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2021 em Dandhara Almeida Cirurgiã Dentista CRO-PE 14.429	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 14/11/2021 em Brenda Murielly F. de Souza	53-Data, local e Campo da Empresa 14/11/2021 em CIA DO SOBRESOLIDA
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



Identificação para o(a) CADRE

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/11 21/21	4-Data de Autorização 07/07/11 21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9379167	7-Data Validade da Senha 07/07/10 13/12/12
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253895120000101	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 BIATRIZ ELENA FERREIRA DE SOUZA	07/04/1998	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano BIATRIZ ELENA FERREIRA DE SOUZA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	18-Número no CRO 14429	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 70165877464	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Número no CRO 14429	24-UF PE	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Número no CRO 14429	28-UF PE	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/12/11		Biatrix
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			11/12/11		Biatrix
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			11/12/11		Biatrix
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/2011	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 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(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 11/12/2011 Cirurgiã - Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/2011 Cirurgiã - Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/2011 Biatrix Elena	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/12/2011 CAPO SORRISO LTDA
--	--	--	---

CRO-PE 14.429

CRO-PE 14.429

Biatrix Elena de Souza



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/11 21/21	4-Data de Autorização 10/7/11 21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9377868	7-Data Validade da Senha 10/7/11 03/12
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

808682
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020254418580000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA	16/05/1991	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA
---------------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	18-Número no CRO 14429	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 70165877464	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Número no CRO 14429	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Número no CRO 14429	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00	S	15/11/12	71	WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	S	15/11/12	71	WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	S	15/11/12	71	WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	S	15/11/12	71	WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	S	15/11/12	71	WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA
6-00	8510019	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	6,10	0,00	0,00	S	15/11/12	71	WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA
7-00	8510020	RESTAURAÇÃO RESINA		DO	1	8,80	0,00	0,00	S	15/11/12	71	WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA
8-00	8510020	RESTAURAÇÃO RESINA		OV	1	8,80	0,00	0,00	S	15/11/12	71	WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/11/12	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 415,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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 15/11/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 15/11/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/12	54-DO SORRISO LTDA
---	--	---	---	--------------------

CRO-PE 14.429

CRO-PE 14.429

Wagner de Oliveira



Indicação para VIDE 2018

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 1 9 / 1 1 / 2 1	4-Dia de Autorização 1 9 / 1 1 / 2 1	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9312342	7-Dia Validade da Semana 1 7 / 1 0 / 2 1 / 2 2
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 3 5 9 8 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
---	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--

13-Nome

TIAGO SIMOES RODRIGUES	02/06/1996	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano TIAGO SIMOES RODRIGUES
------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	18-Número no CRO 14429	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 0 1 6 5 8 7 7 4 6 4	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Número no CRO 14429	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante

DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Número no CRO 14429	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 Causa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				12/11/21		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00				12/11/21		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00				12/11/21		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00				12/11/21		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00				12/11/21		
6-00	85100020	RESTAURAÇÃO RESINA	14 OD	1		88,00				12/11/21		
7-00	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA	37 O	1		61,00				12/11/21		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 02/11/2021	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 327,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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/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 02/11/2021 Cirurgia Dentista CRO-PE 4.429	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2021 Cirurgia Dentista CRO-PE 4.429	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2021 Tiago Simoes Rodrigues	53-Data, local e Campo da Empresa 02/11/2021 TIAGO SORRISO LTDA
--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



88844444444444444444

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/11	4-Data de Autorização 11/09/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9307580	7-Data Validade da Senha 11/06/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

785373
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025371712000001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ADRIANO SILVA PEREIRA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JAQUELINE GOMES MONTEIRO	12/01/1973	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ADRIANO SILVA PEREIRA
-------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	18-Número no CRO 14429	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0165877464	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Número no CRO 14429	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
---	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Número no CRO 14429	28-UF PE	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	10,00			11/12/11		
2-0	08510020	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	10,00			11/12/11		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 122,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchia / 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

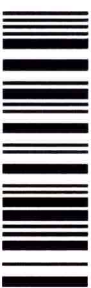
CAPO SOPRADO

50-Data, local e Assinatura do Grupo/ Dentista Solicitante 01/11/2011 Dentista	51-Data, local e Assinatura de Grupo/ Dentista 01/11/2011 Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2011 Jaqueline	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/11/2011
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2012	4-Data de Autorização 10/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9358755	7-Data Validade da Senha 10/11/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

802387
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020253717120000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa ADRIANO SILVA PEREIRA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
-------------------------------------	--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JAQUELINE GOMES MONTEIRO

12/01/1973

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano
ADRIANO SILVA PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI
--------------------------	---

18-Número no CRO 14429	19-UF PE
---------------------------	-------------

20-Código CRO S 025 -	21-Código CNES 14429
--------------------------	-------------------------

Faturar Empresa

22-Código no Operadora / CNUJ / CPF 70165877464	23-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI
--	--

24-UF PE	25-Código CRO S 14429
-------------	--------------------------

26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Número no CRO 14429
--	---------------------------

28-UF PE	29-Código CRO S 14429
-------------	--------------------------

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-Mdi	40-Data de Realização	41-Molho da Glusa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	01/12/11	21	Adriano Silva Pereira
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	01/12/11	21	Adriano Silva Pereira
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	01/12/11	21	Adriano Silva Pereira
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	01/12/11	21	Adriano Silva Pereira
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto do Tratamento 01/12/2011	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência
--	--

45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00
--	----------------------------------

47-Valor Total R\$ 0,00	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(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 01/12/2011 Cirurgião-Dentista
--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2011 Cirurgião-Dentista
--

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/2011 Beneficiário / Responsável
--

53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/12/2011 CÍCERO SORRISO

CRO-PE 14429

CRO-PE 14429

Adriano Silva Pereira



Exatidão nos dados, segurança

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



819709
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/6/11/2/21

4-Data de Autorização
11/6/11/2/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9412585

7-Data Validade da Senha
11/6/11/03/12/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020254151170000011021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ELOYSA RAMOS DOS SANTOS

10/03/2004

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ROSARIA MARIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI

18-Número no CRO
14429

19-UF
PE

20-Código CBO S
025 -

21-Código CNES
Faturar Empresa

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF
22-Nome do Contratado Executante
DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI

23-Número no CRO
14429

24-UF
PE

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI

27-Número no CRO
14429

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0181010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				11/12/11		Eloysa
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00				11/12/11		Eloysa
3-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00				11/12/11		Eloysa
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
12/11/11
44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1156,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
11

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

CLAUDE SOBRINHO LTDA

50-Data local e Assinatura do Curador Dentista Solidário
12/11/11
Cirurgião Dentista

51-Data local e Assinatura do Curador Dentista
12/11/11
Cirurgião Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/11
Eloysa Ramos

53-Data local e Assinatura da Empresa
12/11/11
9921

CRO-PE 04.429

CRO-PE 04.429

Dos Santos



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/5/11 12/11	4-Data de Autorização 11/5/11 12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9406736	7-Data Validade da Sentença 11/5/11 03/12/12
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

817925
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010210215441185800000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

13-Nome WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA	16/05/1991	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano WANDERSON CRUZ DE OLIVEIRA
---------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	18-Número no CRO 14429	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1710116518777464	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Número no CRO 14429	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Número no CRO 14429	28-UF PE	29-Código CBO S	Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	018510196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	61,00	0,00	0,00	11/12/11	12/11/11	Wanderson	
2-0	018510196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00	0,00	11/12/11	12/11/11	Wanderson	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/11 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 1122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	-----------------------------------	----------------------------	---

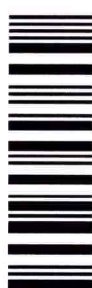
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 12/11/11 12/11 Cirurgião Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 12/11 Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 12/11 Wanderson	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/11 12/11 CIA DO SORRISO
CRO-PE 14.429	CRO-PE 14.429	WJ de Oliveira	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/11 11/21	4-Data de Autorização 02/12/11 12/11	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9334974	7-Data Validade da Semeta 12/3/10 12/12/12
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

794666
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020254349970000103	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 ECHILY VALESKA SOARES SURUAGY	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VANESSA SOARES SURUAGY
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	18-Número no CRO 11741	19-UF PE	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10138046433	22-Nome do Contratado Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	23-Número no CRO 11741	24-UF PE	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	27-Número no CRO 11741	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa de Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12/12/11	
2-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12/12/11	
3-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12/12/11	
4-00											
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 180,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/12/11	53-Data local e Assinatura da Empresa 02/12/11
--	--	--	---

CIADO SORRISO LTDA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



812423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 21/21	4-Data de Autorização 11/07/11 21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9389928	7-Data Validade da Senha 10/09/10 13/12/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202544175600000101011	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 ADILMA CRISTINA DAS NEVES	29/01/1974	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ADILMA CRISTINA DAS NEVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	18-Número no CRO 11741	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11011380464331	22-Nome do Contratado Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	23-Número no CRO 11741	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	27-Número no CRO 11741	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-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	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	23	1	73,00	0,00	510	11/12/2011	2011	Realização	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/2011	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 173,00	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) 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

CAADO SORRISO LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2011
---	--	---	---