

**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: 4298

Competência: 11/2021

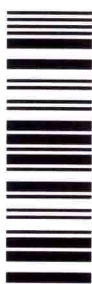
Tipo: Odontológico

Valor Total: **1.393,80**

Convênio: Odontolife

12 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
126047	GENILDA LEONORA DA SILVA	22/11/21	INGRID FARIAS DOS SANTOS	747565	107,55
126434	IVONETE DOS SANTOS GONÇALVES DP NASCIMENTO	24/11/21	JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO	781680	80,10
126435	IVONETE DOS SANTOS GONÇALVES DP NASCIMENTO	24/11/21	JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO	790943	67,05
126569	JOSE FERREIRA DE LIMA	25/11/21	INGRID FARIAS DOS SANTOS	760706	106,50
125109	MACIEL JOSE ALVES CORREIA	16/11/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	771808	162,45
126095	MACIEL JOSE ALVES CORREIA	23/11/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	771808	162,45
126997	MANOEL OLIVEIRA DO NASCIMENTO	29/11/21	JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO	797639	107,55
127096	MILENE NASCIMENTO DE SOUZA	30/11/21	JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO	797636	80,10
123717	PATRICIA FLAVIA DE LIMA	04/11/21	INGRID FARIAS DOS SANTOS	759472	131,85
125259	PAULO DOS SANTOS SIFRONIO	16/11/21	NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	770519	79,50
125137	PAULO RICARDO DE LIMA	16/11/21	FELIPE AMORIM DE MORAES PEREZ	773892	131,40
124044	TAIZA CRISTINA FERREIRA DA SILVA	05/11/21	NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	745880	177,30

2-N₂

759472
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 4 2 5 9 9 6 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	/ / /
12-Número do Cartão	

13-Nome PATRICIA FLAVIA DE LIMA	14-Telefone 13/08/1973 () - ()	15-Nome do titular do plano PATRICIA FLAVIA DE LIMA
------------------------------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EDUARDA HELEN REIS RODRIGUES DE MELO	18-Número no CRO 14295	19-JUF PE	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
-----------------------	--	----------------------------------	---------------------	---------------------------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	07678486405
22-Nome do Contratado Exclatante	EDUARDA HELEN REIS RODRIGUES DE MELO
23-Número no CRO	14295
24-JF	PE
25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200

26-Nome do Profissional Excitante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
EDUARDA HELEN REIS RODRIGUES DE MELO	14295	PE	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-tipo de Atendimento	45-tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
08/11/2018	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	293,00	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 a arcar com os custos previstos em contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) de tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato, 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 04/11/2011 Cirurgia Dentista Ricardo Napoleões	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2011 Cirurgia Dentista Ricardo Napoleões	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2011 Ricardo Napoleões	53-Data, local e Cambio da Empresa 04/11/2011 COMPANHIA DO SOBRIJO
---	---	--	--



Beneficiário: 003 003 6037

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



745880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/10 12:11	4-Data de Autorização 26/11/01 2:11	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9191540	7-Data Validade da Semeta 18/10/11 2:21
--------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0102025420757000000102	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 TAIZA CRISTINA FERREIRA DA SILVA	03/02/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JAILSON COSTA NUNES
---	------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	18-Número no CRO 9749	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08030325444	22-Nome do Contratado Executante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	23-Número no CRO 9749	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-22 (I) 81000421-RIS (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	27-Número no CRO 9749	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-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-010	81000421	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	05/11/11	TAIZA	TAIZA
2-010	81000421	TRATAMENTO ENDODONTICO	22	1	1	258,00	0,00	0,00	1	05/11/11	TAIZA	TAIZA
3-010	81000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00	1	05/11/11	TAIZA	TAIZA
4-010	81000421	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PV	1	88,00	0,00	0,00	1	05/11/11	TAIZA	TAIZA
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 394,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

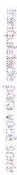
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que c(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 05/11/11 NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/11 NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/11 TAIZA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/11 TAIZA
---	---	---	---

COMPANHIA DO SORRISO

Luizina F. da Silva

[illegible]

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

15-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 -
N	COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)	4550	PE	11	Eatuser Emrneca

30-Ítabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição
38-Financiamento	79-Análise de Realização	41-Medida da Capacidade de Trabalho

[illegible][illegible]

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, compreendendo-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, com(o) previsto em contrato.

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/21 Cirurgia Dentista	52 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/21 Cirurgia Dentista	53 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/21 COMPANHIA DO SORRISO
--	--	---

COMPANHIA DO SORRISO

2-N^o

773892
INTERCÂMBIO

773892
INTERCÂMBIO

ide

100

41- Motivo da Glosa-22asse

48- Total Franquia / Co-participação

| | | | | ,

ente e arcar com os custos p
que assina esse documento

ANHA DO SORRIS



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/21	4-Data de Autorização 16/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9260338	7-Data Validade da Senha 03/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202542075700000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PAULO DOS SANTOS SIFRONIO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAILSON COSTA NUNES
--------------------------------------	----------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	18-Número no CRO 9749	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08030325444	22-Nome do Contratado Executante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	23-Número no CRO 9749	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX
--	---	--------------------------	-------------	-------------------------------

26-Nome do Profissional Executante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	27-Número no CRO 9749	28-UF PE	29-Código CBO S (I) 81000421-RIS
---	--------------------------	-------------	-------------------------------------

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
1-0	085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21	1	1	258,00	0,00			16/11/21		PAULO
2-0	081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00			16/11/21		PAULO
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 16/11/21	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 1272,00	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(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 16/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/21
---	---	---	---

Cirurgião-Dentista
CRO-PE 00000000000000000000

Cirurgião-Dentista
CRO-PE 00000000000000000000

PAULO DOS SANTOS SIFRONIO

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10/12/11	4-Data de Autorização 12/11/10/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 9197011	7-Data Validade da Senha 11/9/10/11/12/12
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

747565
INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira 000202542281900000010101010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GENILDA LEONORA DA SILVA		24/04/1981		15-Nome do titular do plano GENILDA LEONORA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante INGRID FARIAS DOS SANTOS		18-Numero no CRO 14714		19-UF PE		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora (ONPJ / CPF 44383805884		22-Nome do Contratado Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS		23-Numero no CRO 14714		24-UF PE		25-Código CNES		26-Numero do Profissional Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS	
27-Numero no CRO 14714		28-UF PE		29-Código CBO S							

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	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	21/11/11	Genilda
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	21/11/11	Genilda
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	21/11/11	Genilda
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	21/11/11	Genilda
5-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	6,1	0,0	0,0	0,0	21/11/11	Genilda
6-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	0,0	0,0	0,0	21/11/11	Genilda
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Diagnóstico Terminal do Tratamento X2111121	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Codontomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 239,00	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-Diagnóstico Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/11	51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/11	52-Diagnóstico Assinatura do Profissional Responsável 21/11/11	53-Data, local e Capim da Empresa 21/11/11
---	--	---	---

COMPANHIA DO SORRISO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/11 11/21	4-Data de Autorização 11/06/11 11/21	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 9263792	7-Data Validade da Seria 10/06/10 12/12
--------------------------	---	---	---------------------	---------------------------------------	--

771808
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0100202543188000000101	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 MACIEL JOSE ALVES CORREIA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MACIEL JOSE ALVES CORREIA
--------------------------------------	------------------------------	--

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	27-Número no CRO 4550	28-UF PE	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Assinatura
1-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/21	21	
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/21	21	
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/21	21	
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/21	21	
5-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	11/11/21	21	
6-000	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/21	21	
7-000	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/21	21	
8-000	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/21	21	
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		361,00		0,00		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 da Contrata- Dentista: Mendy Nobrega Cirurgia Dentista CRO-PE 9950	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Cirurgia Dentista CRO-PE 9950	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Cirurgia Dentista CRO-PE 9950	53-Data, local e Carimbo da Empresa COMPANHIA DO SORRISO
--	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11/21	4-Data de Autorização 12/3/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9323237	7-Data Validade da Senha 12/1/10/2/2
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202541946800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome IVONETE DOS SANTOS GONCALVES DO NASCIMENTO	21/02/1989	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IVONETE DOS SANTOS GONCALVES DO NASCIMENTO
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO	18-Número no CRO 12075	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 92615007572	22-Nome do Contratado Executante JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO	23-Número no CRO 12075	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO	27-Número no CRO 12075	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-Muf	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00	S	24/NOV 2011	debrute	
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	DV	1	88,00	0,00	S	24/NOV 2011	debrute	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/NOV 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 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 Contratado/Responsável 24/NOV 2011 Dr. Jucarla Nascimento Cargo Dentista	51-Data, local e Assinatura do Contratado/Responsável 24/NOV 2011 Dr. Jucarla Nascimento Cargo Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 24/NOV 2011 Ivonete dos Santos Gonçalves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/NOV 2011
---	---	---	--

CRO-PE 12075

CRO-PE 12075

Santos Gonçalves
do Nascimento

COMPANHIA DO SORRISO



Identificação para vinc. SUS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/6/11/11/211	4-Data de Autorização 11/7/11/11/211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9295784	7-Data Validade da Senha 11/4/11/02/11/212
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

781680
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202541946800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

13-Nome
IVONETE DOS SANTOS GONCALVES DO NASCIMENTO

21/02/1989

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO
--------------------------	--

18-Número no CRO
12075

19-UF
PE

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 926115007572	22-Nome do Contratado Executante JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO
---	---

23-Número no CRO
12075

24-UF
PE

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO

27-Número no CRO
12075

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 Class	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 10 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	24 NOV 2021	1	IVONETE
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 10 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	24 NOV 2021	1	IVONETE
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 10 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	24 NOV 2021	1	IVONETE
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 10 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	24 NOV 2021	1	IVONETE
5- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 10 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	24 NOV 2021	1	IVONETE
6- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1											
7- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1											
8- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1											
9- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1											
10- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1											
11- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1											
12- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1											
13- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1											
14- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1											
15- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 24/11/2021	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 1178100

47-Valor Total R\$ 01000

48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00000
--

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 24 NOV 2021	Dr. Silvana N. L. de Jesus Cirurgiã Dentista CRO-PE 12075
---	---

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24 NOV 2021	Dr. Jucarla N. Fabricio Cirurgiã Dentista CRO-PE 12075
---	--

52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 24 NOV 2021	IVONETE DOS SANTOS GONCALVES do Nascimento
---	---

53-Data local e Carimbo da Empresa 24/11/2021	IMPANHADO SORRISO
--	-------------------

760706
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
PATRICIA FLAVIA DE LIMA

Journal of Management Education 36(7) 809-824

025 - Future Emergo

Enviar - RX
(1) 85100200

29-Código CBO S

100

Close 42-Aspen

48- Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

COMPANHIA DO SORRISO



Brasileira para todos

GUIA DE PAGAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

4-Data de Autorização
12/9/11/1/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9343/07

7-Data Validade da Guia
27/02/12

797639
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020254373380000105

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
1/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MANOEL OLIVEIRA DO NASCIMENTO

29/03/1971

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LYLYANE CONCEICAO DE MELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO

18-Número no CRO
12075

19-UF
PE

20-Código CBO S

21-UF
PE

22-UF
PE

23-Código CNES

24-Código CBO S

25-Código CBO S

26-UF
PE

27-UF
PE

28-UF
PE

29-UF
PE

30-UF
PE

31-UF
PE

32-UF
PE

33-UF
PE

34-UF
PE

35-UF
PE

36-UF
PE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE
92615007572

22-Nome do Contratado Responsável
JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO

23-Número no CRO
12075

24-UF
PE

25-UF
PE

26-UF
PE

27-UF
PE

28-UF
PE

29-UF
PE

30-UF
PE

31-UF
PE

32-UF
PE

33-UF
PE

34-UF
PE

35-UF
PE

36-UF
PE

37-UF
PE

38-UF
PE

39-UF
PE

40-UF
PE

26-Nome do Profissional Executante
JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Item	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 Cessão	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	29/11/11	21	<i>[Assinatura]</i>
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61,00	0,00		S	29/11/11	21	<i>[Assinatura]</i>
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	29/11/11	21	<i>[Assinatura]</i>
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	29/11/11	21	<i>[Assinatura]</i>
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	29/11/11	21	<i>[Assinatura]</i>
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	29/11/11	21	<i>[Assinatura]</i>
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento
29/11/11

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
1239,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
10,00

Decisão, 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
29/11/11
Dr. Manoel Oliveira do Nascimento
CRO-PE 12075

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/11/11
Dr. Manoel Oliveira do Nascimento
CRO-PE 12075

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/11/11
Manoel Oliveira do Nascimento
CRO-PE 12075

53-Data, local e Assinatura da Empresa
29/11/11
MANHADO SORRIS
CRO-PE 12075



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



797636
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/11/11/21	4-Data de Autorização 12/9/11/11/21	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9343705	7-Data Validade da Semeta 12/7/10/12/12/21
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000202543701800000101	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 MILENE NASCIMENTO DE SOUZA	06/10/1985	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MILENE NASCIMENTO DE SOUZA
---------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO	18-Número no CRO 12075	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 92615007572	22-Nome do Contratado Executante JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO	23-Número no CRO 12075	24-UF PE	25-Código CNES Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante JUCICARLA NASCIMENTO FABRICIO	27-Número no CRO 12075	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
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/01/2011		Milene
2-000	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			13/01/2011		Milene
3-000	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			13/01/2011		Milene
4-000	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			13/01/2011		Milene
5-000	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			13/01/2011		Milene
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Prevista Término do Tratamento 30/NOV/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 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
---	--	--	----------------------------------	-----------------------------	---

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 30/NOV/2011 Dr. Jucarla N. Fabricio	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/NOV/2011 Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 30/NOV/2011 Milene N. de Souza	53-Data, local e Assinatura do Responsável 30/NOV/2011
--	---	---	---

CRO-PE 12075

IMPANHADO SORRIS