



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: 3429

Competência: 04/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **131,40**

Convênio: Odontolife

4 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
97586	ELISANGELA PATRICIA SILVA DE ASSIS	06/04/21	LUIZ MARQUES DE MELO	512442	43,80
98482	HELIO GONÇALVES PEREIRA	13/04/21	LUIZ MARQUES DE MELO	522143	21,90
99329	JOAS CRISPIM DA CRUZ	20/04/21	LUIZ MARQUES DE MELO	527727	21,90
100268	MARCIA MARIA DA SILVA	29/04/21	LUIZ MARQUES DE MELO	518792	43,80

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: COMPANHIA DO SORRISO LTDA

CNPJ: 02045239000103 (COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA))

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4550/PE

Cirurgião Dentista: (13774) - TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
525945 - I	JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS (00202535716900000101)		16/04/2021	122	0.3	R\$ 36,60

Totalizador

N° de USOs: 122
N° de atendimentos: 1
Valor: R\$ 36,60

CRO: 2362/PE

Cirurgião Dentista: (13782) - LUIZ MARQUES DE MELO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
512442 - I	ELISANGELA PATRICIA SILVA DE ASSIS (00202535067900000101)		31/03/2021	146	0.3	R\$ 43,80
518792 - I	MARCIA MARIA DA SILVA (00202536237900000101)		08/04/2021	146	0.3	R\$ 43,80
522143 - I	HELIO GONCALVES PEREIRA (00202533304500000102)		13/04/2021	73	0.3	R\$ 21,90
527727 - I	JOAS CRISPIM DA CRUZ (00202531314200000102)		20/04/2021	73	0.3	R\$ 21,90

Totalizador

N° de USOs: 438
N° de atendimentos: 4
Valor: R\$ 131,40

CRO: 12681/PE

Cirurgião Dentista: (18303) - JANAINA DE MENEZES LOPES PIMENTEL

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
501600 - I	MARCIA MARIA DA SILVA (00202536237900000101)		17/03/2021	122	0.3	R\$ 36,60

Totalizador

N° de USOs: 122
N° de atendimentos: 1
Valor: R\$ 36,60

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 682
N° de atendimentos: 6
Valor: R\$ 204,60

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 682
N° de atendimentos: 6
Valor: R\$ 204,60

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/05/2021 12:03

Página 1 de 1



512442
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2021	4-Data de Autorização 06/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8439519	7-Data Validade da Senha 29/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535067900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELISANGELA PATRICIA SILVA DE ASSIS 28/01/1986		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELISANGELA PATRICIA SILVA DE ASSIS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIZ MARQUES DE MELO	18-Número no CRO 2362	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10261206400	22-Nome do Contratado Executante LUIZ MARQUES DE MELO	23-Número no CRO 2362	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUIZ MARQUES DE MELO		27-Número no CRO 2362	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-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	24		1	73,00	0,00		S	06/04/2021		Elisang
2-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	26		1	73,00	0,00		S	06/04/2021		Elisang
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/04/2021	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 146,00	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/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 06/04/2021 Luiz Marques Cirurgião Dentista CRO 2362	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/04/2021 Luiz Marques Cirurgião Dentista CRO 2362	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/04/2021 Elisangela COMPANHIA DO SORRISO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/04/2021
--	--	--	---



522143
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/04/21	4-Data de Autorização 13/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8477925	7-Data Validade da Senha 12/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533304500000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HELIO GONCALVES PEREIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOYCE CONCEICAO RODRIGUES DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIZ MARQUES DE MELO		18-Número no CRO 2362	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10261206400		22-Nome do Contratado Executante LUIZ MARQUES DE MELO		23-Número no CRO 2362	24-UF PE
26-Nome do Profissional Executante LUIZ MARQUES DE MELO		27-Número no CRO 2362		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 Glosa	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	23		1	73,00	0,00		S	13 ABR 2021		HELIO G.P.
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13 ABR 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 73,00	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/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 13 ABR 2021 LUIZ MARQUES Cirurgião Dentista CRO 2362	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13 ABR 2021 LUIZ MARQUES Cirurgião Dentista CRO 2362	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13 ABR 2021 HELIO G.P.	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13 ABR 2021 COMPANHIA DO SMILS
--	--	--	---



527727
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/04/2021	4-Data de Autorização 20/04/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8499971	7-Data Validade da Senha 19/07/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202531314200000102		14-Telefone () 9927-0680		15-Nome do titular do plano NIEDJA LIMA CRISPIM	
13-Nome JOAS CRISPIM DA CRUZ		14/10/1976			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 2362	19-UF PE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIZ MARQUES DE MELO	23-Número no CRO 2362	24-UF PE	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10261206400		22-Nome do Contratado Executante LUIZ MARQUES DE MELO		27-Número no CRO 2362	28-UF PE
26-Nome do Profissional Executante LUIZ MARQUES DE MELO				29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
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	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	12		1	7300	0,00			20/04/21		ffcc						
2-																		
3-																		
4-																		
5-																		
6-																		
7-																		
8-																		
9-																		
10-																		
11-																		
12-																		
13-																		
14-																		
15-																		

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/04/2021	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 7300	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/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 20/04/2021 Luiz Marques Cirurgião Dentista CRO 2362	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/2021 Luiz Marques Cirurgião Dentista CRO 2362	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/2021 ffcc	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/2021 COMPANHIA DO SORRISO
--	--	--	---



518792
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 29/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8465156	7-Data Validade da Senha 07/07/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202536237900000101									
13-Nome MARCIA MARIA DA SILVA		19/03/1990		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCIA MARIA DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 2362		19-UF PE		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUIZ MARQUES DE MELO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10261206400		22-Nome do Contratado Executante LUIZ MARQUES DE MELO		23-Número no CRO 2362		24-UF PE	
26-Nome do Profissional Executante LUIZ MARQUES DE MELO				27-Número no CRO 2362		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 Glosa	42-Assinatura
1	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	16		1	73,00	0,00		S	29/04/2012	0025	Marcia
2	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	17		1	73,00	0,00		S	29/04/2012	0025	Marcia
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/04/12	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 146,00	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/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 29/04/12 Luiz Marques	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/04/12 Luiz Marques	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/04/12 Marcia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/04/12
--	--	--	---

Luiz Marques
Cirurgião Dentista
CRO 2362

Luiz Marques
Cirurgião Dentista
CRO 2362

CIA DO SORRISO