

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1762

Competência: 05/2021

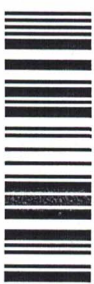
Tipo: Odontológico

Valor Total: **1.463,10**

Convênio: Odontolife

10 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
35573	ANLESON FERREIRA NUNES	25/05/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	556443	89,70
34892	FERNANDA DA LUZ DE AMORIM	10/05/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	540799	276,30
35575	GLEICE GOMES DA SILVA	25/05/21	ELIZANGELA REBECA DA SILVA SANTOS	556291	89,70
35222	GUILHERME HENRIQUE PAIVA COSTA	19/05/21	ALLANA CARLA FELIPE DA SILVA	547436	196,50
35232	JUCELIO MARQUES DE ARRUDA JUNIOR	19/05/21	INGRID FARIAS DOS SANTOS	547328	71,40
35538	JUCELIO MARQUES DE ARRUDA JUNIOR	25/05/21	INGRID FARIAS DOS SANTOS	555991	73,20
35473	KARINA LIVIA SANTOS ANDRADE	24/05/21	CAMILA DA SILVA SILVEIRA	556925	125,10
35894	MICHELE SILVA DE SOUZA	31/05/21	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	8625873	229,50
35224	POLLYANNA CRISTINA PAIVA MARTINS	19/05/21	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	547338	126,30
35903	STEFFANY JULIA SOBRAL DE OLIVEIRA	31/05/21	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	8633444	185,40

2-N^o547338
INTERCÂMBIO

no

ude

do Responsável pelo Tratamen

Procedimientos Solicitados

[illegible]

...tente e arcar com os custos p
que assina esse documento

DO SOMRISO

Thank

Cirurgião-Dentista
 H/ Eduardo Cunha
 Dra. Maria Eduarda Cunha
 Cirurgiã Dentista
 3001PE 14979

Cirurgia Dent.
CRO/PE 14979

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N₂564985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/6/10/5/12/11		4-Data de Autorização 13/1/10/5/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Nº da Guia Principal 8633444		7-Data Validade da Senha 12/4/10/8/12/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10102102153811827010101011011											
13-Nome STEFFANY JULIA SOBRAL DE OLIVEIRA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17051754811412111											
22-Nome do Contratado Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES											
26-Nome do Profissional Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Descrição 31-Código do Procedimento											
32-Descrição 33-Código do Procedimento											
34-Descrição 35-Código do Procedimento											
36-Descrição 37-Código do Procedimento											
38-Descrição 39-Código do Procedimento											
39-Descrição 40-Código do Procedimento											
41-Descrição 42-Código do Procedimento											
43-Descrição 44-Código do Procedimento											
45-Descrição 46-Código do Procedimento											
47-Descrição 48-Código do Procedimento											
49-Descrição 50-Código do Procedimento											
51-Descrição 52-Código do Procedimento											
53-Descrição 54-Código do Procedimento											
55-Descrição 56-Código do Procedimento											
57-Descrição 58-Código do Procedimento											
59-Descrição 60-Código do Procedimento											
61-Descrição 62-Código do Procedimento											
63-Descrição 64-Código do Procedimento											
65-Descrição 66-Código do Procedimento											
67-Descrição 68-Código do Procedimento											
69-Descrição 70-Código do Procedimento											
71-Descrição 72-Código do Procedimento											
73-Descrição 74-Código do Procedimento											
75-Descrição 76-Código do Procedimento											
77-Descrição 78-Código do Procedimento											
79-Descrição 80-Código do Procedimento											
81-Descrição 82-Código do Procedimento											
83-Descrição 84-Código do Procedimento											
85-Descrição 86-Código do Procedimento											
87-Descrição 88-Código do Procedimento											
89-Descrição 90-Código do Procedimento											
91-Descrição 92-Código do Procedimento											
93-Descrição 94-Código do Procedimento											
95-Descrição 96-Código do Procedimento											
97-Descrição 98-Código do Procedimento											
99-Descrição 100-Código do Procedimento											
101-Descrição 102-Código do Procedimento											
103-Descrição 104-Código do Procedimento											
105-Descrição 106-Código do Procedimento											
107-Descrição 108-Código do Procedimento											
109-Descrição 110-Código do Procedimento											
111-Descrição 112-Código do Procedimento											
113-Descrição 114-Código do Procedimento											
115-Descrição 116-Código do Procedimento											
117-Descrição 118-Código do Procedimento											
119-Descrição 120-Código do Procedimento											
121-Descrição 122-Código do Procedimento											
123-Descrição 124-Código do Procedimento											
125-Descrição 126-Código do Procedimento											
127-Descrição 128-Código do Procedimento											
129-Descrição 130-Código do Procedimento											
131-Descrição 132-Código do Procedimento											
133-Descrição 134-Código do Procedimento											
135-Descrição 136-Código do Procedimento											
137-Descrição 138-Código do Procedimento											
139-Descrição 140-Código do Procedimento											
141-Descrição 142-Código do Procedimento											
143-Descrição 144-Código do Procedimento											
145-Descrição 146-Código do Procedimento											
147-Descrição 148-Código do Procedimento											
149-Descrição 150-Código do Procedimento											
151-Descrição 152-Código do Procedimento											
153-Descrição 154-Código do Procedimento											
155-Descrição 156-Código do Procedimento											
157-Descrição 158-Código do Procedimento											
159-Descrição 160-Código do Procedimento											
161-Descrição 162-Código do Procedimento											
163-Descrição 164-Código do Procedimento											
165-Descrição 166-Código do Procedimento											
167-Descrição 168-Código do Procedimento											
169-Descrição 170-Código do Procedimento											
171-Descrição 172-Código do Procedimento											
173-Descrição 174-Código do Procedimento											
175-Descrição 176-Código do Procedimento											
177-Descrição 178-Código do Procedimento											
179-Descrição 180-Código do Procedimento											
181-Descrição 182-Código do Procedimento											
183-Descrição 184-Código do Procedimento											
185-Descrição 186-Código do Procedimento											
187-Descrição 188-Código do Procedimento											
189-Descrição 190-Código do Procedimento											
191-Descrição 192-Código do Procedimento											
193-Descrição 194-Código do Procedimento											
195-Descrição 196-Código do Procedimento											
197-Descrição 198-Código do Procedimento											
199-Descrição 200-Código do Procedimento											
201-Descrição 202-Código do Procedimento											
203-Descrição 204-Código do Procedimento											
205-Descrição 206-Código do Procedimento											
207-Descrição 208-Código do Procedimento											
209-Descrição 210-Código do Procedimento											
211-Descrição 212-Código do Procedimento											
213-Descrição 214-Código do Procedimento											
215-Descrição 216-Código do Procedimento											
217-Descrição 218-Código do Procedimento											
219-Descrição 220-Código do Procedimento											
221-Descrição 222-Código do Procedimento											
223-Descrição 224-Código do Procedimento											
225-Descrição 226-Código do Procedimento											
227-Descrição 228-Código do Procedimento											
229-Descrição 230-Código do Procedimento											
231-Descrição 232-Código do Procedimento											
233-Descrição 234-Código do Procedimento											
235-Descrição 236-Código do Procedimento											
237-Descrição 238-Código do Procedimento											
239-Descrição 240-Código do Procedimento											
241-Descrição 242-Código do Procedimento											
243-Descrição 244-Código do Procedimento											
245-Descrição 246-Código do Procedimento											
247-Descrição 248-Código do Procedimento											
249-Descrição 250-Código do Procedimento											
251-Descrição 252-Código do Procedimento											
253-Descrição 254-Código do Procedimento											
255-Descrição 256-Código do Procedimento											
257-Descrição 258-Código do Procedimento											
259-Descrição 260-Código do Procedimento											
261-Descrição 262-Código do Procedimento											
263-Descrição 264-Código do Procedimento											
265-Descrição 266-Código do Procedimento											
267-Descrição 268-Código do Procedimento											
269-Descrição 270-Código do Procedimento											
271-Descrição 272-Código do Procedimento											
273-Descrição 274-Código do Procedimento											
275-Descrição 276-Código do Procedimento											
277-Descrição 278-Código do Procedimento											
279-Descrição 280-Código do Procedimento											
281-Descrição 282-Código do Procedimento											

	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 0 0	0 0 0	S 31 05	21			[Assinatura]
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 0 0	0 0 0	S 31 05	21			[Assinatura]
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 0 0	0 0 0	S 31 05	21			[Assinatura]
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 0 0	0 0 0	S 31 05	21			[Assinatura]
5	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 0 0	0 0 0	S 31 05	21			[Assinatura]
6	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		1	6 1 0 0	0 0 0	S 31 05	21			[Assinatura]
7	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		1	6 1 0 0	0 0 0	S 31 05	21			[Assinatura]
8	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		1	6 1 0 0	0 0 0	S 31 05	21			[Assinatura]
9	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		1	6 1 0 0	0 0 0	S 31 05	21			[Assinatura]
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento: 13/11/21

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 Quantitativo US: 361,00

47-Valor Total R\$: 10,00

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

Decido, 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. Decido, 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:

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

1-Registro ANS 4006414 3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 15/12/11 4-Data de Autorização 13/11/10 15/12/11 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8625873 7-Data Validade da Santa 12/12/10 18/12/11

562643
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002012153781119000101011011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Name MICHELE SILVA DE SOUZA

07/02/1988

14-Telefone

15-Name do titular do plano MICHELE SILVA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Name do Profissional Solicitante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES

18-Número no CRO 14979

19-UF PE

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Name do Contratado Excepcional MARIA EDUARDA CUNHA ALVES

23-Número no CRO 14979

24-UF PE

25-Código CNES

26-Name do Profissional Excepcional MARIA EDUARDA CUNHA ALVES

27-Número no CRO 14979

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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00		S	31/05/11	21	Michele
2-0	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00		S	31/05/11	21	Michele
3-0	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00		S	31/05/11	21	Michele
4-0	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00		S	31/05/11	21	Michele
5-0	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	36,00	10,00		S	31/05/11	21	Michele
6-0	018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	M	1	16,00	10,00		S	31/05/11	21	Michele
7-0	018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	16,00	10,00		S	31/05/11	21	Michele
8-0	018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	16,00	10,00		S	31/05/11	21	Michele
9-0	018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	16,00	10,00		S	31/05/11	21	Michele
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Plano Previsão/termo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 141221010 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 31/10/10 Maria Eduarda Cunha Alves 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/10 Maria Eduarda Cunha Alves 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/05/11 Michele Silva 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11 COMPANHIA DO SORRISO

CROPE 14979

CROPE 14979

De Souza

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2015 4-Data de Autorização 19/10/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8573328 7-Data Validade da Guia 09/11/2018

547436
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102102513172910101010110121 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 GUILHERME HENRIQUE PAIVA COSTA 03/05/2009 14-Telefone 15-Nome do titular do plano POLLYANNA CRISTINA PAIVA MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALLANA CARLA FELIPE DA SILVA 18-Número no CRO 13808 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111161215176149181 22-Nome do Contratado Executante ALLANA CARLA FELIPE DA SILVA 23-Número no CRO 13808 24-UF PE 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALLANA CARLA FELIPE DA SILVA 27-Número no CRO 13808 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
1-010185110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6,11,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
2-1010185110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,11,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
3-1010185110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6,11,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
4-10101851100201010		RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	8,81,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
5-1010185110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6,11,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
6-1010185110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6,11,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
7-1010185110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6,11,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
8-1010185110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,11,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
9-1010184100011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,51,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
10-1010184100011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,51,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
11-1010184100011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,51,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
12-1010184100011918		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,51,010	10,1010		S	19/05/14		Pollyanna
13-1111111111111111												
14-1111111111111111												
15-1111111111111111												

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/05/14 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61551,010 47-Valor Total R\$ 10,1010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, apresentei, 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 19/05/14 Cirurgião: 1.3.808 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/05/14 Cirurgião: 1.3.808 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 19/05/14 Pollyanna 53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/05/14 Pollyanna

2-N

556925
INTERCÂMBIO

496

ANDES DE ANDRADE

[illegible][illegible]48-Total Franquia / Co-participação R\$

presentados, aceto e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acir com os custos previstos anteriormente 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
24/11/05 11:22h- ROBERTA FERREIRA	14/06/06 ANIL CARDE COMPANHIA DO SORRISO

2-N⁺556291
INTERCÂMBIO

no

2	5	3	7	8	2
---	---	---	---	---	---

DOMES DA SILVA

do Responsável pelo Tratamen

17-Nome do Profissional
ELIZANGEL

adora / CNPJ / CPF
9 | 4 | 6 | 0 | 9 | 4 | 1

LA REBECA DA SI

o / Procedimientos Solicitados

[illegible]

ter sido devidamente es-

natura do Cirurgião-Dentista S

5/1/21 *Flannery*

100

Natura do Cirurgião-Dentista S

5/1/21 *Flannery*

100

Natura do Cirurgião-Dentista S

5/1/21 *Flannery*

100

Natura do Cirurgião-Dentista S

5/1/21 *Flannery*

100



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oNº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 15/12/11	4-Data de Autorização 11/01/10 15/12/11	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8547620	7-Data Validade da Semeta 10/12/10 18/12/11
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

540799
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101210215137129171310101011011	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
FERNANDA DA LUZ DE AMORIM

14-Teléfono
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
FERNANDA DA LUZ DE AMORIM

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 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136119136074104111	22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
---	---

23-Número no CRO 4550	24-UF PE
--------------------------	-------------

25-Código CNES Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	27-Número no CRO 4550
---	--------------------------

28-UF PE	29-Código CBO S
-------------	-----------------

30-Franchisa/Co-participação R\$ 025 -	31-Aut (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200
---	--

32-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
-----------------------	--------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	8,810101	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
2-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PM	1	8,810101	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
3-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DPM	1	12,121010	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
4-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	6,110101	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
5-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	6,110101	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
6-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	23	PM	1	8,810101	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
7-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	8,810101	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
8-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	45	MO	1	8,810101	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
9-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6,110101	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
10-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	8,810101	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
11-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA	35	MO	1	8,810101	10,10101	1101010101	11	10/05/11	11	Fernanda
12-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-0101	851100210101	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/05/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 19121110101	47-Valor Total R\$ 101010101	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 101010101
--	--	--	---------------------------------------	---------------------------------	---

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 10/05/11 Dr. Tercia Napoles	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dentista 10/05/11 Dr. Tercia Napoles	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/11 Fernanda da Luz de Amorim	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/05/11 COMPANHIA DO SORRISO
--	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



555991
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/10 5-Data de Autorização 12/05/10 6-Sineta AUTORIZADO 8603297 7-Data Validade da Sineta 11/17/10 8-Data Validade da Sineta 11/17/10 9-Data Validade da Sineta 11/17/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012012153715609000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/17/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JUCELIO MARQUES DE ARRUDA JUNIOR 14-Teléfono 19/03/1993 15-Nome do titular do plano JUCELIO MARQUES DE ARRUDA JUNIOR

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante INGRID FARIAS DOS SANTOS 18-Número no CRO 14714 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14143181310151814111 22-Nome do Contratado / Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS 23-Número no CRO 14714 24-UF PE 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS 27-Número no CRO 14714 28-UF PE 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faço	35- Quid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1	010	851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	611010	101010	11	25/05/21		Jucelio
2	010	851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	611010	101010	11	25/05/21		Jucelio
3	010	851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	611010	101010	11	25/05/21		Jucelio
4	010	851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	611010	101010	11	25/05/21		Jucelio
5	1											
6	1											
7	1											
8	1											
9	1											
10	1											
11	1											
12	1											
13	1											
14	1											
15	1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/05/21 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 2441010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

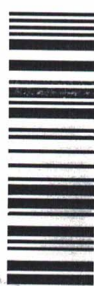
48-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Contratado/Dentista Solicitante 25/05/21 Dra. Ingrid Farias Cirurgiã Dentista CRO-PE 13714 51-Data, local e Assinatura do Contratado/Dentista 25/05/21 Dra. Ingrid Farias Cirurgiã Dentista CRO-PE 13714 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 25/05/21 Jucelio Marques de Arruda Junior 53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/05/21 COMPANHIA DO SPRING

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/10 5-11/21 4-Data de Autorização 11/8/10 5-11/21 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8573077 7-Data Validade da Semeta 10/9/10 8-11/21

547328
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 12/5/3/7/5/6/0/9/0/0/0/0/1/0/1/1

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JUCELIO MARQUES DE ARRUDA JUNIOR

19/03/1993

14-Telefone

15-Nome do titular do plano JUCELIO MARQUES DE ARRUDA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante INGRID FARIAS DOS SANTOS

18-Número no CRO 14714

19-UF PE

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14/4/3/8/3/8/0/5/8/8/4/ 22-Nome do Contratado Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS

23-Número no CRO 14714

24-UF PE

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS

27-Número no CRO 14714

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-Quid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-10	0181001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00			10/05/11		Jucelis
2-10	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00			10/05/11		Jucelis
3-10	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00			10/05/11		Jucelis
4-10	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00			10/05/11		Jucelis
5-10	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	10,00			10/05/11		Jucelis
6-10	0185101019	RESTAURAÇÃO RESINA	34 D	1	1	61,00	10,00			10/05/11		Jucelis
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/11 44-1-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1239,00 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) 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: Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Dts. Ingrid Farias Cirurgião-Dentista CRO-PE14714 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Dts. Ingrid Farias Cirurgião-Dentista CRO-PE14714 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 10/10/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa: 10/10/11 54-Data, local e Assinatura da Empresa: 10/10/11