

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 2249

Competência: 12/2021

Tipo: Odontológico

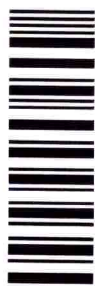
Valor Total: **1.822,05**

Convênio: Odontolife

22 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
46802	ANA PAULA DOS SANTOS	20/12/21	ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	821692	54,90
46803	ANA PAULA DOS SANTOS	20/12/21	ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	821683	192,15
46862	ANA PAULA DOS SANTOS	21/12/21	ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	821671	80,10
45898	ANA RHADASSA ELOH DE SOUZA LIMA	02/12/21	ERIKA THAMIRIS FRANCISCA DE ANDRADE SILVA	803050	105,75
46912	ANDERSON RICARDO SILVEIRA CARVALHO FILHO	22/12/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	820416	144,00
46943	ANTONIO CARLOS DOS SANTOS	23/12/21	ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	824570	135,00
46214	CECILIA DO NASCIMENTO VALDEZ CAVALCANTI	07/12/21	NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	809097	155,70
46309	DAVID ENZO FERREIRA FEIJO	10/12/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	805828	27,45
46313	EMELLY VITORIA DOARES DOS ANJOS SANTOS	10/12/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	784382	95,85
46378	ESTER DE MELO BARBOSA	10/12/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	778790	27,45
46520	JUCELIO MARQUES DE ARRUDA JUNIOR	14/12/21	INGRID FARIAS DOS SANTOS	809048	80,10
46894	MARCIO NASCIMENTO DE ARAUJO	22/12/21	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	824935	63,00
46893	MARCIO NASCIMENTO DE ARAUJO	22/12/21	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	821105	27,45
46521	MARIA CLARA VITORIA DA SILVA	14/12/21	INGRID FARIAS DOS SANTOS	808933	82,35
46911	MARIA DAS GRACAS SILVA BURLE BARROSO	22/12/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	825063	80,10
46905	MARIA DAS GRACAS SILVA BURLE BARROSO	22/12/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	820437	54,90
46147	MESSIAS ALBERTO DA SILVA	06/12/21	ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	806804	80,10
46149	MESSIAS ALBERTO DA SILVA	06/12/21	ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	807685	164,70

46724	NADIANA PAULA DE MELO BARBOSA DA SILVA	17/12/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	783174	27,45
46664	ROGERIO FEIJO CIRIACO	17/12/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	792656	82,35
46041	VANESSA FLORENCIO DE OLIVEIRA	04/12/21	ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	805882	27,45
46735	VANESSA FLORENCIO DE OLIVEIRA	18/12/21	ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	821283	33,75



805882
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 04/11/2021 4-Data de Autorização 04/11/2021 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9369450 7-Data Validade da Guia 04/11/2021

8-Aumento da Carteira 0020254274160000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VANESSA FLORENCIA DE OLIVEIRA 14-Telefone 05/07/1982 15-Nome do titular do Plano VANESSA FLORENCIA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS 18-Número no CRO 15670 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01386516473 22-Nome do Contratado Executante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS 23-Número no CRO 15670 24-UF PE 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS 27-Número no CRO 15670 28-UF PE 29-Código CBO S

30-Tabela 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 Glosa 42-Assinatura

1-0085100196 RESTAURAÇÃO RESINA 26 M 1 6100 0,00 S 04/12/21 X VAMANE

2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-

43-Data Prevista 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\$

49-Observação 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data local e Assinatura do Responsável

54-Data local e Assinatura do Responsável 55-Data local e Assinatura do Responsável 56-Data local e Assinatura do Responsável 57-Data local e Assinatura do Responsável

58-Data local e Assinatura do Responsável 59-Data local e Assinatura do Responsável 60-Data local e Assinatura do Responsável 61-Data local e Assinatura do Responsável

62-Data local e Assinatura do Responsável 63-Data local e Assinatura do Responsável 64-Data local e Assinatura do Responsável 65-Data local e Assinatura do Responsável

66-Data local e Assinatura do Responsável 67-Data local e Assinatura do Responsável 68-Data local e Assinatura do Responsável 69-Data local e Assinatura do Responsável

70-Data local e Assinatura do Responsável 71-Data local e Assinatura do Responsável 72-Data local e Assinatura do Responsável 73-Data local e Assinatura do Responsável

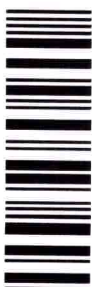
74-Data local e Assinatura do Responsável 75-Data local e Assinatura do Responsável 76-Data local e Assinatura do Responsável 77-Data local e Assinatura do Responsável

78-Data local e Assinatura do Responsável 79-Data local e Assinatura do Responsável 80-Data local e Assinatura do Responsável 81-Data local e Assinatura do Responsável

82-Data local e Assinatura do Responsável 83-Data local e Assinatura do Responsável 84-Data local e Assinatura do Responsável 85-Data local e Assinatura do Responsável

86-Data local e Assinatura do Responsável 87-Data local e Assinatura do Responsável 88-Data local e Assinatura do Responsável 89-Data local e Assinatura do Responsável

90-Data local e Assinatura do Responsável 91-Data local e Assinatura do Responsável 92-Data local e Assinatura do Responsável 93-Data local e Assinatura do Responsável



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/12/21	4-Data de Autorização 06/12/21	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9372026	7-Data Válida da Semana 06/03/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 4 3 8 1 1 2 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 MESSIAS ALBERTO DA SILVA	14-Telefone () -
08/08/1991	
15-Nome do titular do plano MESSIAS ALBERTO DA SILVA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	18-Número no CRO 15670	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
-----------------------	--	----------------------------------	--------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	01386516473
22-Nome do Contratado Excitante	ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS
23-Número no CRO	15670
24-JF	PE
25-Código CNES	

Plano de Tratamento / Propositamente Solicitante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	2º - Número no CRO 15670	28-UF PE	29-Código CBO S
---	--	--------------------------------------	---------------------------------

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/12/2021	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Falcamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 17800
47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido 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 no 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.

494 OBSERVATION

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	06/11/2021	Dr. Mirreia P. Cirurgia Dentista
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	06/11/2021	Dr. Mirreia P. Cirurgia Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	06/11/2021	maria de albuquerque
53-Data, local e Campo da Empresa	06/11/2021	EMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



3-Data de Emissão da Guia 406414	4-Data de Autorização 10/06/11 21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9374897	7-Data Validação da Senha 10/06/11 03/11 21/21
-------------------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000201254381120000010011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MESSIAS ALBERTO DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MESSIAS ALBERTO DA SILVA
-------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	18-Número no CRO 15670	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 013865116473	22-Nome do Contratado Executante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	23-Número no CRO 15670	24-UF PE	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	27-Número no CRO 15670	28-UF PE	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Ítem	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	85100196				61,00	0,00		S	06/11/21/21		
2-	00	85100196				61,00	0,00		S	06/11/21/21		
3-	00	85100196				61,00	0,00		S	06/11/21/21		
4-	00	85100196				61,00	0,00		S	06/11/21/21		
5-	00	85100196				61,00	0,00		S	06/11/21/21		
6-	00	85100196				61,00	0,00		S	06/11/21/21		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/12/2021	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 366,00	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 06/11/21/2021 ANDRELE MIRELLA DA SILVA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/21/2021 ANDRELE MIRELLA DA SILVA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/21/2021 MESSIAS ALBERTO DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/21/2021 COMPANHIA DO SORRISO
---------------	---	---	---	---

Assinatura do Beneficiário: MESSIAS ALBERTO DA SILVA

2-N₂

824570
INTERCÂMBIO

010

ude

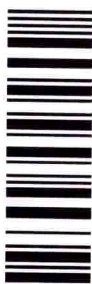
Procedimientos Solicitados

[illegible]

te e arcar com os custos p
que assina esse documento

COMPANHIA DO SO

do da Empresa



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 11/08/2012	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9417403	7-Data Validade da Semana 11/08/2012	821283 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 000202542741600000101	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 VANESSA FLORENCIA DE OLIVEIRA	05/07/1982	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VANESSA FLORENCIA DE OLIVEIRA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	18-Número no CRO 15670	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 013865164731	22-Nome do Contratado Executante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	23-Número no CRO 15670	24-UF PE	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	27-Número no CRO 15670	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 Cláusula	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	L	1	61,00	0,00		S	18/12/21		afonso
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	4,00	0,00		S	18/12/21		afonso
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/12/21	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 75,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 18/12/21 Dr. Anderson Miroslavo Cirurgião Dentista CRO-PE 15670	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 18/12/21 Dr. Anderson Miroslavo Cirurgião Dentista CRO-PE 15670	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/21 Vanessa F. Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/21 COMPANHIA DO SORRISO
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
12/01/2012

4-Dia de Autorização
12/01/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9418546

7-Dia Validade da Senha
12/01/2013

821692
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
000202544516000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
12/01/2013

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANA PAULA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 15/05/1999

14-Telefone
 () - - - - -

15-Nome do titular do plano
ANA PAULA DOS SANTOS

16-Atendimento a RN
ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO
15670

19-UF
PE

20-Código CRO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
025 -
Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS

23-Número no CRO
15670

24-UF
PE

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS

27-Número no CRO
15670

28-UF
PE

29-Código CRO 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-Dia de Realização

41-Motivo da Guisa

42-Assinatura

1-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

2-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

33 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

3-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

4-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

5-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

6-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

7-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

8-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

9-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

10-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

11-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

12-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

13-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

14-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

15-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

32 D

1

6100

0000

12011212

S12011212

Dr. André Mirella Dias

Dr. André Mirella Dias

Dr. Ana Paula dos Santos

COMPANHIA DO SORRISO

Dr. André Mirella Dias



821683
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/12 12/12/11	4-Data de Autorização 12/01/12 12/12/11	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9418541	7-Data Validade da Semeta 12/01/12 12/12/11
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 4 5 1 6 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome ANA PAULA DOS SANTOS		15/05/1999		14-Telefone () - - - - -	
15-Data Validade da Carteira 12/01/12 12/12/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
15-Nome do titular do plano ANA PAULA DOS SANTOS					
16-Atendimento a RN ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS					
17-Atendimento a RN ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS					
18-Número no CRO 15670					
19-UF PE					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 3 8 6 5 1 6 4 7 3					
22-Nome do Contratado Executante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS					
23-Número no CRO 15670					
24-UF PE					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS					
27-Número no CRO 15670					
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 Guisa	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	12/01/12 12/12/11	x Fme	
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	12/01/12 12/12/11	x Fme	
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	41	M	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	12/01/12 12/12/11	x Fme	
4- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	31	M	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	12/01/12 12/12/11	x Fme	
5- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	12/01/12 12/12/11	x Fme	
6- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	12/01/12 12/12/11	x Fme	
7- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	12/01/12 12/12/11	x Fme	
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/12/12	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodomia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 4 2 7 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
--	---	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

49-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 os procedimentos(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 Cirurgião-Dentista Solicitante 20/12/12/12/12 Dr. André Mesquita Dias	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/12/12/12/12 Dr. André Mesquita Dias	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/12/12/12/12 Ana Paula dos Santos	53-Data, local e Assinatura da Empresa 20/12/12/12/12 COMPANHIA DO SORRISO
---	---	--	---

CRP 15670

Das Santos



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/12/12/11	4-Data de Autorização 12/11/12/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9418513	7-Data Validade da Senha 12/01/03/12/12
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

821671
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020254451600000010101	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 ANA PAULA DOS SANTOS	15/05/1999	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Suficiente ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011386516473	22-Nome do Contratado Executante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS
26-Nome do Profissional Executante ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS	27-Número no CRO 15670
28-UF PE	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

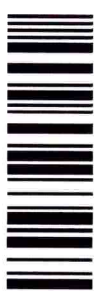
30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			12/11/12/12		Ana
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00			12/11/12/12		Ana
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00			12/11/12/12		Ana
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00			12/11/12/12		Ana
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00			12/11/12/12		Ana
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/12/12	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 Quantitativo US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	------------------------------------	-----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/12/12 Cirurgião-Dentista DR. ANDRELE MIRELLA DA SILVA MESQUITA DIAS CRM-PE 15670	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/12/12 Dr. André Mirella Dias Cirurgião-Dentista CRM-PE 15670	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/12/12 Ana Paula dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/12/12 COMPANHIA DO SORRISO
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



803050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 12/12/11	4-Data de Autorização 10/12/11 12/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9360865	7-Data Validade da Senha 10/12/11 03/12/12
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020252597600229904	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome ANA RHADASSA ELOAH DE SOUZA LIMA	23/03/2014	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IRAQUITAN FERNANDO DE LIMA
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ERIKA THAMIRIS FRANCISCA DE ANDRADE SILVA	18-Número no CRO 14978	19-UF PE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10826571409	22-Nome do Contratado Executante ERIKA THAMIRIS FRANCISCA DE ANDRADE SILVA	23-Número no CRO 14978	24-UF PE	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ERIKA THAMIRIS FRANCISCA DE ANDRADE SILVA	27-Número no CRO 14978	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 Glor	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	D	1	61,00	0,00	0,00	S	02/12/11	25	
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	S	02/12/11	25	
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	02/12/11	25	
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	S	02/12/11	25	
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	02/12/11	25	
6-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	S	02/12/11	25	
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prescrição/Plano de Tratamento 10/12/11	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 Quantitativo US 1235,00	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

paciente menor de idade, Responsável assinou.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/11 Cirurgião-Dentista RQ-PE 14978	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/11 Cirurgião-Dentista RQ-PE 14978	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 02/12/11	53-Data, local e Campo de Empresa 02/12/11 COMPANHIA DO SORRISO
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 07/11/2012	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9379173	7-Data Validade da Semeta 07/11/13
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

809097
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202543165700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CECILIA DO NASCIMENTO VALDEZ CAVALCANTI		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CECILIA DO NASCIMENTO VALDEZ CAVALCANTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08030325444	22-Nome do Contratado Executante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO
26-Nome do Profissional Executante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	27-Número no CRO 9749
28-UF PE	29-Código CBO S 025 -
23-Número no CRO 9749	24-UF PE
25-Código CNES (IF) 85200166-15 (I) 85100200	28-UF PE

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 ou Glósa	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15	1	1	2 5 8 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
2- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	PO	1	8 8 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Emissão Termino do Tratamento 07/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Orçonomia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantitativo US 3 4 6 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
--	---	---	---------------------------------------	-------------------------------	--

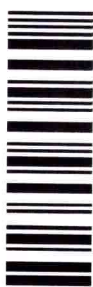
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 Consultado-Solicitante 07/11/2012	51-Data local e Assinatura do Profissional Dentista 07/11/2012	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2012	53-Data local e Assinatura da Empresa 07/11/2012	54-IMPANHADO SORRISC
--	---	--	---	----------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 12/12/11	4-Data de Autorização 10/07/11 12/12/11	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9379009	7-Data Validade da Semana 10/07/11 03/11/21
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

809048
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/10 12/05/13 17/05/16 09/10/10 01/10/11	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome JUCELIO MARQUES DE ARRUDA JUNIOR	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano JUCELIO MARQUES DE ARRUDA JUNIOR
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	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 44383805884	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-Índice	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
1-000	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00						Jucelio
2-000	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Jucelio
3-000	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Jucelio
4-000	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Jucelio
5-000	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Jucelio
6-000	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Jucelio
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data de Realização 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 178,00	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.

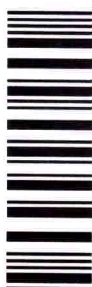
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/11	52-Data, local e Assinatura Beneficiário / Responsável 11/12/11	53-Data, local e Assinatura Empresa 11/12/11
---	---	--	---

EMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2021	4-Data de Autorização 07/11/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9378945	7-Data Validade da Senha 07/10/2023
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

808933
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202540675200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA CLARA VITORIA DA SILVA	25/11/2003	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JUCELIO MARQUES DE ARRUDA JUNIOR
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INGRID FARIAS DOS SANTOS	18-Número no CRO 14714	19-UF PE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4383805884	22-Nome do Contratado Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS	23-Número no CRO 14714	24-UF PE
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-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut 40-Data de Realização

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláus	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	S	24/12/21	Maria Clara	
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	S	24/12/21	Maria Clara	
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	S	24/12/21	Maria Clara	
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Assinatura / Tratamento 11/12/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchisa / 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/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.

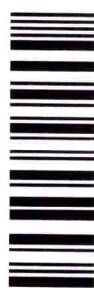
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista Solicitante 11/12/21	51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista 11/12/21	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/12/21 Maria Clara Vitoria da Silva	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/12/21
---	---	--	--

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/11 12/12/11	4-Data de Autorização 12/12/11 12/12/11	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9428768	7-Data Validade da Guia 12/12/11 03/12/12
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

824935
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025444088000000102	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 MARCIO NASCIMENTO DE ARAUJO	16/06/2005	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MORGANA MARGARETTE DO NASCIMENTO
--	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	18-Número no CRO 14979	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170575481412	22-Nome do Contratado Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	23-Número no CRO 14979	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	27-Número no CRO 14979	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5,00	0,00	1,20	12/12/11	12/12/11	12/12/11	Margarete do Nascimento
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5,00	0,00	1,20	12/12/11	12/12/11	12/12/11	Margarete do Nascimento
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5,00	0,00	1,20	12/12/11	12/12/11	12/12/11	Margarete do Nascimento
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,00	0,00	1,20	12/12/11	12/12/11	12/12/11	Margarete do Nascimento
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 12/12/12	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 Quantitativo US 140,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 12/11/12, 2021, 09/12/2021, 14979	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/12, 01/10/10, 21/10/10, 14979	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/11/12, 01/10/10, 21/10/10, 14979	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/12, 01/10/10, 21/10/10, 14979
--	--	--	--

Margarete do Nascimento



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2021	4-Data de Autorização 20/11/2021	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9416821	7-Data Validade da Semana 17/11/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

821105
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025444088000000102	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 MARCIO NASCIMENTO DE ARAUJO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MORGANA MARGARETTE DO NASCIMENTO
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	18-Número no CRO 14979	19-UF PE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170575481412	22-Nome do Contratado Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	23-Número no CRO 14979	24-UF PE
26-Nome do Profissional Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	27-Número no CRO 14979	28-UF PE	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláus	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	01		61,00	0,00					12/12/21		MORGANA
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsto Término do Tratamento 22/11/2021	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 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11
--	---	--	---------------------------------	-----------------------------	---

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/11/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2021
---	---	---	---

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



784382
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/11		4-Data de Autorização 11/01/12		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9304316		7-Data Validade da Semeta 11/06/12	
8-Número da Carteira 0020254211520000010101012		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 EMELLY VITORIA SOARES DOS ANJOS SANTOS											
14-Teléfono () - - - - -											
15-Nome do titular do plano CECILIA JULIANA DOS SANTOS SOARES											
16-Atendimento a RV											
17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA											
18-Número no CRO 4550											
19-UF PE											
20-Código CRO S 025 -											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3619360744											
22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA											
23-Número no CRO 4550											
24-UF PE											
25-Código CNES 26-Código CRO S											
26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA											
27-Número no CRO 4550											
28-UF PE											
29-Código CRO S											
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

30-Índice	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-Mostrar da Cláusula 42-Assinatura
1-00	083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	53	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	11/03/2012	Juliana
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/2012	Juliana
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/2012	Juliana
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/2012	Juliana
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/03/2012	Juliana
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data de Emissão do Tratamento 11/03/2012	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 213,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ler e compreender o presente documento, concordo com os termos e condições 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) em 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, conforme o valor estabelecido no contrato.

49-Observação

50-Dado, Assinatura do Cirurgião-Dentista
Dr. Tercia Maria Napoles Medeiros Filgueira
CPF: 361.936.074-4550
CRO: 4550

51-Dado, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Dr. Tercia Maria Napoles Medeiros Filgueira
CPF: 361.936.074-4550
CRO: 4550

52-Dado, Assinatura do Beneficiário / Responsável
Juliana

53-Dado, Assinatura e Carimbo da Empresa
COMPANHIA DOS SOARES

2-N-

778790
INTERCÂMBIOde

41- Motivo da Glosa 42-Ass

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	37	

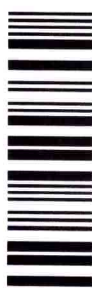
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	37	

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	37	

8-Total Franquia / Co-participação

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

EMPANHIA DO SO



783174
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 11/2/11	4-Data de Autorização 11/7/11 12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9300289	7-Data Validade da Senha 15/11/02 11/2/12
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202543001300100010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome NADIANA PAULA DE MELO BARBOSA DA SILVA	26/12/1993	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NADIANA PAULA DE MELO BARBOSA DA SILVA
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136193607404	22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	27-Número no CRO 4550	28-UF PE	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Clica	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	24/12/11		X Mediane
2-												
3-												
4-												
5-1												
6-												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 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 Quantitativo US 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente informado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de 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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com o 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, conforme o valor a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 12/11/11 Dr. Tercia Napoles CPF: 381.936.070-04 CRO: 4550	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 12/11/11 Dr. Tercia Napoles CPF: 381.936.070-04 CRO: 4550	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 12/11/11 X Mediane	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/11 12/11/11
---	---	---	---

COMPANHIA DO SORRISO

2-N^o820437
INTERCÂMBIOapre

100

41- Motivo da Glosa 42-Ass

12	
----	--

—

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

[illegible][illegible]

48- Total Franquia / Co-participação _____,

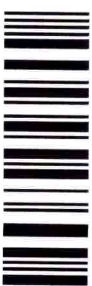
ente e arcar com os custos p

HIADO SORRIS

Wm. J. B. Buckner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



825063
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2 2 1 1 2 1 1 4-Data de Autorização 2 2 1 1 2 1 2 1 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9429097 7-Data Validade da Senha 2 2 1 1 0 3 1 2 2

Dados do Beneficiário

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

13-Nome MARIA DAS GRACAS SILVA BURLE BARROSO 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do Titular do plano MARIA DAS GRACAS SILVA BURLE BARROSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 3 6 1 9 3 6 0 7 4 0 4 22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 23-Número no CRO 4550 24-UF PE 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 27-Número no CRO 4550 28-UF PE 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 10 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	22/12/21	m= 70 gpa	
2- 0 0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 10 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	22/12/21	m= 70 gpa	
3- 0 0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 10 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	22/12/21	m= 70 gpa	
4- 0 0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 10 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	22/12/21	m= 70 gpa	
5- 0 0	0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 10 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	22/12/21	m= 70 gpa	
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 22/12/21 44-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 7 8 10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, concordo 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 o melhor resultado clínico 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, compondo o valor a ser pago com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/11/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/21 53-Data, local e Assinatura da Empresa 22/11/21

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
CPF: 036.074.4550
C.R.O.: 4550

5 Burle Barroso



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



820416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
17/11/2012

5-Semana
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9414938

7-Data Validade da Semana
17/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202544371000000104

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
17/11/12

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANDERSON RICARDO SILVEIRA CARVALHO FILHO

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JULIA HONORINA COSTA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
N

17-Nome do Profissional Solicitante
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

18-Número no CRO
4550

19-UF
PE

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54	1	73,00	0,00	0,00	1	22/12/11	Assistência	ANDERSON
2	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	74	1	73,00	0,00	0,00	1	22/12/11	Assistência	ANDERSON
3	00	84000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00	0,00	1	22/12/11	Assistência	ANDERSON
4	00	84000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00	0,00	1	22/12/11	Assistência	ANDERSON
5	00	84000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00	0,00	1	22/12/11	Assistência	ANDERSON
6	00	84000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00	0,00	1	22/12/11	Assistência	ANDERSON
7	00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	1	22/12/11	Assistência	ANDERSON
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Revisão / Término do Tratamento
22/12/11

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Francia

46-Total Quantidade US
320,00

47-Valor Total R\$

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 por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) de acordo com o 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
22/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
22/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/12/11

53-Data, local e Assinatura da Empresa
22/12/11

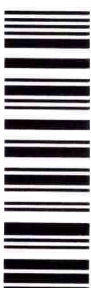
54-Data, local e Assinatura da Empresa
22/12/11

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



805828
INTERCÂMBIO

1-Nº Guia de Tratamento

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
04/11/2018

4-Data de Autorização
10/11/2018

5-Semeta
AUTORIZADO

6-Numero da Guia Principal
9369298

7-Data Validade da Semeta
04/10/2019

8-Numero da Carteira

00202543032300000104

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DAVID ENZO FERREIRA FEJO

17/03/2018

15-Nome do titular do plano
ROGERIO FEJO CIRIACO

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAADA)

18-Numero no CRO
4550

19-UF
PE

20-Código CBO S
11

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

3619360744

22-Nome do Contratado Executante
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

23-Numero no CRO
4550

24-UF
PE

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

27-Numero no CRO
4550

28-UF
PE

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	0	1	61,00	0,00			10/11/2018	matias
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Dia Prévio ao Tratamento

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
61,00

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, com base 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) corretamente 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-Dia local e Assinatura do Encarregado Dentista Solicitante

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
Cirurgia Dentista
CPF: 361.936.074-0
CRO: 4550

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
Cirurgia Dentista
CPF: 361.936.074-0
CRO: 4550

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

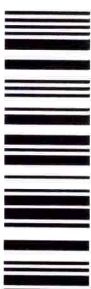
DAVID ENZO FERREIRA FEJO
Responsável da Saúde

53-Dia local e Assinatura Empresa

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011	4-Data de Autorização 11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9328939	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

792656
INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário Número da Carteira 0002025430323000000101	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 ROGERIO FEIJO CIRIACO	26/11/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROGERIO FEIJO CIRIACO
----------------------------------	------------	------------------------------	--

16-Contratado Responsável pelo Tratamento Atendimento a RV 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	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6,100	0,00		S	11/12/11		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	6,100	0,00		S	11/12/11		
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	6,100	0,00		S	11/12/11		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/2011	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 183,00	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2011 Tercia Maria Napolles Cirurgião Dentista CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2011 Tercia Maria Napolles Cirurgião Dentista CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011 Rogério Feijo Ciraco	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2011 COMPANHIA DO SORRISO
---	---	--	--