

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Razão Social: COMPANHIA DO SORRISO LTDA

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

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4550/PE

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

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
365001 - I	WALTER CHAGAS (00202531390100000101)		27/08/2020	300	0.3	R\$ 90,00
365045 - I	WILLAMYS JOSE DE ALBUQUERQUE (00202531390100000104)		27/08/2020	266	0.3	R\$ 79,80
372985 - I	EDVANIA MARIA DA SILVA (00202531845000000101)		10/09/2020	266	0.3	R\$ 79,80
373030 - I	WANDERSON GUILHERME DA SILVA (00202531845000000103)		10/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40
374566 - I	ALICIA SANTOS SANTANA (00202525307100073601)		14/09/2020	178	0.3	R\$ 53,40
378312 - I	MONICA MARIA PAUINO SILVEIRA (40641400000500042402)		18/09/2020	300	0.3	R\$ 90,00
395962 - I	FERNANDA FERREIRA DE MELO FERRAGUT (00202520399400021502)		14/10/2020	95	0.3	R\$ 28,50
396048 - I	SOLEMAR FERRAGUT (00202520399400021501)		14/10/2020	323	0.3	R\$ 96,90
400040 - I	ALICIA SANTOS SANTANA (00202525307100073601)		20/10/2020	61	0.3	R\$ 18,30
400805 - I	SANDRA AZEVEDO DOS SANTOS (00202531841900000102)		21/10/2020	95	0.3	R\$ 28,50
401750 - I	JOAS CRISPIM DA CRUZ (00202531314200000102)		22/10/2020	87	0.3	R\$ 26,10
406731 - I	CANDIDA MARIA PRYCYLYAN DA SILVA (00202532517800000101)		28/10/2020	122	0.3	R\$ 36,60
408359 - I	CANDIDA MARIA PRYCYLYAN DA SILVA (00202532517800000101)		29/10/2020	740	0.3	R\$ 222,00

Totalizador

N° de USOs: 3011
N° de atendimentos: 13
Valor: R\$ 903,30

CRO: 2362/PE

Cirurgião Dentista: (13782) - LUIZ MARQUES DE MELO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
417373 - I	JOAS CRISPIM DA CRUZ (00202531314200000102)		12/11/2020	180	0.3	R\$ 54,00

Totalizador

N° de USOs: 180
N° de atendimentos: 1
Valor: R\$ 54,00

CRO: 4876/PE

Cirurgião Dentista: (13785) - LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
398485 - I	FABRIANO EMIDIO DE ALMEIDA (00202531309500000101)		19/10/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador

N° de USOs: 178
N° de atendimentos: 1
Valor: R\$ 53,40

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

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

Data e Hora de Emissão: 27/11/2020 11:15

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 3369
Nº de atendimentos: 15
Valor: R\$ 1.010,70

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 3369
Nº de atendimentos: 15
Valor: R\$ 1.010,70

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

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

Data e Hora de Emissão: 27/11/2020 11:15

Página 2 de 2

2-N₂O

Dados do Beneficiário

Nome	CANDIDA MARIA PRYCYLYAN DA SILVA
Data de Nascimento	28/04/1963
CPF	() -
Endereço	
Número do laudat do plano	CANDIDA MARIA PRYCYLYAN DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1361193607404
22-Nome do Contratado Existente	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
23-Número no CRO	4550
24-UF	PE
25-Código CNES	
Enviar - RX	(1) 85100218
	(1) 3510

28-Nome do Profissional Executante	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	
Z7-Número no CRO	4550	
Z8-UF	PE	
Z9-Código CBC S		
	(f) 85100200	(f) 8510
	(f) 85100200	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MPD	1	122,00	0,00		S	18/11/20		40m de
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PD	1	88,00	0,00		S	18/11/20		40m de
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	PD	1	88,00	0,00		S	18/11/20		40m de
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	161,00	0,00		S	18/11/20		40m de
5-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00		S	18/11/20		40m de
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	161,00	0,00		S	18/11/20		40m de
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PD	1	88,00	0,00		S	18/11/20		40m de
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/11/20		40m de
9-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/11/20		40m de
10-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/11/20		40m de
11-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/11/20		40m de
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento

18/11/2020

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

740,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 é (s) por mim assinado(s), (foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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.

49-0bsenvaqrño

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante

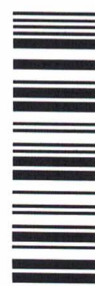
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dala, local e çarimbo da

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



396048
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/10/2010 4-Data de Autorização 12/11/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7959320 7-Data Validade da Senha 12/11/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002102520399400215011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PERKONS S A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SOLEMAR FERRAGUT 20/08/1960 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SOLEMAR FERRAGUT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAADA) 18-Número no CRO 4550 19-UF PE 20-Código CBO S 11 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36193607404 22-Nome do Contratado Excitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 23-Número no CRO 4550 24-UF PE 25-Código CNES 26-Valor 27-Número no CRO 4550 28-UF PE 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0				3 4	10 0					
2-10	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5	10 0					
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5	10 0					
4-10	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5	10 0					
5-10	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5	10 0					
6-10	0	8 5 1 0 0 1 9 6				4 6	10 0					
7-10	0	8 5 1 0 0 1 9 6				3 7	10 0					
8-1												
9-1												
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\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		3 2 3 10 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) 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, compreendendo todos os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

TERCIA MARIA NAPOLES
Cirurgia Dentista
CRO 4550

TERCIA MARIA NAPOLES
Cirurgia Dentista
CRO 4550

TERCIA MARIA NAPOLES
Cirurgia Dentista
CRO 4550

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2010



COMPANHIA DO SORRISO