



CIA DO SORRISO

02.045.239/0004-56

João de Barros, Santo Amaro

Recife - PE, CEP- 53130-410

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8220

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1786

Competência: 06/2021

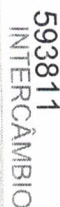
Tipo: Odontológico

Valor Total: **254,70**

Convênio: Odontolife

3 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
49271	GERALDO CORREIA DA SILVA	18/06/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	585798	53,40
49577	JULIANA GOMES PROCOPIO	25/06/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	589678	169,20
49708	THIAGO RUAN VICENTE DO NASCIMENTO	29/06/21	BRUNA RIBEIRO DE CASTRO	593811	32,10



Products of Performance

[illegible]

Custos do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora - CNPJ/CPF	08648184401
22-Nome do Contratado Exatante	BRUNA RIBEIRO DE CASTRO
23-Número do CRU	12865
24-Uf	PE
25-Código UNES	

25-Nome do Profissional Exatante	12865	PE	
BRUNA RIBEIRO DE CASTRO			

Punto de Trabajo / Procedimientos Solicitados

32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qntd	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data
32-Tabula	33-Código do Procedimento						

100	810000030		1	3400	000	S22
00	83000089		1	7300	000	S29
00	EXODONTA SIMPLES DE	85	1	000	000	S29
00	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	000	000	S29

3 -

[illegible][illegible][illegible]

11

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
13				

43-Data Preenchimento do Formulário	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Preenchimento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
22/11/2016	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	1107,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente informado(a) sobre os procedimentos, riscos, benefícios e consequências do tratamento realizado, compreendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que após ter sido devidamente informado(a) sobre os procedimentos, riscos, benefícios e consequências do tratamento realizado, compreendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dados locais e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/2014 Dra. Heliana Castro OAB/SP nº 12005	51-Dados locais e assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/06/2014 Dra. Heliana Castro OAB/SP nº 12005	52-Dados locais e assinatura do Cirurgião-Dentista / Responsável 11/06/2014 Dra. Heliana Castro OAB/SP nº 12005	53-Dados locais e Campo da Empresa 12/06/2014 Companhia de Saneamento S.A.
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



589678
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011 4-Data de Autorização 11/09/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8716235 7-Data Validade da Senha 11/09/2011

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 002102125389063000011011 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 JULIANA GOMES PROCOPIO 17/04/1993 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano JULIANA GOMES PROCOPIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 18-Número no CRO 4876 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14328065104101 22-Nome do Contratado Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 23-Número no CRO 4876 24-UF PE 25-Código CNES (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200 26-Nome do Profissional Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO 27-Número no CRO 4876 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 Causa	42- Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		3	4	1	0	0	
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1		3	6	1	0	0	
3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1		3	6	1	0	0	
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1		3	6	1	0	0	
5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1		3	6	1	0	0	
6-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
		RESTAURAÇÃO RESINA	OMV	1		1	2	2	1	0	0	
7-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0			
		RESTAURAÇÃO RESINA	OV	1		1	8	1	0	0		
8-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0			
		RESTAURAÇÃO RESINA	OD	1		1	8	1	0	0		
9-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0			
		RESTAURAÇÃO RESINA	OD	1		1	8	1	0	0		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/2011 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 1564100 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

50-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista Solicitante 25/10/2011 Ladjane Monteiro Cirurgião - Dentista CRO 4876 51-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista 25/10/2011 Ladjane Monteiro Cirurgião - Dentista CRO 4876 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/10/2011 Juliana Gomes Procopio 53-Data, local e Assinatura da Empresa 25/10/2011 Interchange do Brasil

