

**CIA DO SORRISO**

02.045.239/0007-07

Avenida Conselheiro Aguiar, Pina

Recife - PE, CEP- 51011-031

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8230

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1577

Competência: 01/2022

Tipo: Odontológico

Valor Total: **356,10**

Convênio: Odontolife

5 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
42199	BIATRIZ ELENA FERREIRA DE SOUZA	20/01/22	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	817943	36,60
41728	JOSE CARLOS BEZERRA DA SILVA	14/01/22	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	813536	21,90
41046	SANDRA KARLA DA SILVA FERREIRA	04/01/22	MARA MALAQUIAS DA SILVA	825945	98,10
42070	SHIRLEY ALEXJANDRA MOREIRA DA SILVA	19/01/22	SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO	830192	111,60
41133	SHIRLEY ALEXJANDRA MOREIRA DA SILVA	05/01/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	827196	87,90

825945
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

SANDRA KARLA DA SILVA FERREIRA

20-Código CBO S	025 -
-----------------	-------

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

29-Código CBO S

38-Tranquila/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
----------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

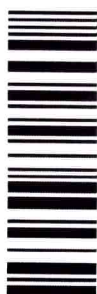
[illegible]

US	327,00
47-Valor Total R\$	10,10
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

istente e arcar com os custos previstos no que assina esse documento, os v

NO SURPISO

ADDITIONAL INFORMATION

2-N⁺

827196
INTERCÂMBIO

[†]12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

1-3-Núcleio do titular do plano

025 - Faturar Empresa

Enviar - RX
(1) 82001294-38

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura

05/07/22

05/01/22 Shi

[illegible][illegible][illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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]

11

[illegible]

As indicated in the figure, the H^+ concentration is

atender as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos

minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os v

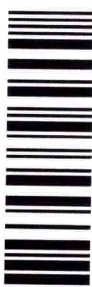
Local e Carimbo da Empresa

50122

[Handwritten notes in a notebook]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2011	4-Data de Autorização 15/11/2011	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9406816	7-Data Validade da Semna 15/10/2012
8-Número da Carteira 000202538951200000101			9-Piano POS REDE PRESTADORA		

817943
INTERCÂMBIO

13-Nome BIATRIZ ELENA FERREIRA DE SOUZA	14-Teléfono ()	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		15-Nome do titular do plano BIATRIZ ELENA FERREIRA DE SOUZA	

16-Matendimento a RN DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI		18-Número no CRO 14429	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código no Operadora / CNPJ / CPE 70165877464		23-Número no CRO 14429	24-UF PE	25-Código CNES Faturar Empresa
22-Nome do Contratado Execlante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI		27-Número no CRO 14429	28-UF PE	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Execlante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI				

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 Causa	42- Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/01/2012	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 1122,00	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) 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 22/01/2012 Cirurgião-Dentista CRO-PE 479	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/2012 Cirurgião-Dentista CRO-PE 479	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/2012 Biatriz Elena	53-Data, local e Assinatura da Empresa 22/01/2012 CADO SORRISO
--	--	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/121211	4-Data de Autorização 11/01/121212	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9393263	7-Data Validade da Senha 11/01/131212
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

813536
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102025420864000000101	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 JOSE CARLOS BEZERRA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS BEZERRA DA SILVA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA
18-Número no CRO 11741	19-UF PE
20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110131804643311
22-Nome do Contratado Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	23-Número no CRO 11741
24-UF PE	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	27-Número no CRO 11741
28-UF PE	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-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	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17	1	1	73,00	0,00	0,00	14	01/12		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 173,00	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) 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 Consulto-Dentista Solicitante 11/01/12	51-Data local e Assinatura do Consulto-Dentista 11/01/12	52-Data local e Assinatura do Seguradouro / Responsável 11/01/12	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/01/12
---	---	---	--

CIADDO SOBRINHO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



830192
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/01 11/22	4-Data de Autenticação 11/11/11	5-Sentença AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 9440343	7-Data Validada da Sentença 10/05/01 11/22
--------------------------	---	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1000202542692500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

13-Nome SHIRLEY ALEXANDRA MOREIRA DA SILVA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------------	--	---------------------------------------

16-Atendimento a RN N	17-Atendimento a RN SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO	18-Número no CRO 13653	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1701260922439	22-Nome do Contratado Executante SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO	23-Número no CRO 13653	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (1) 82001294-18 (1) 82001294-48
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO	27-Número no CRO 13653	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 Cláusula	42-Assinatura
1-00	1820011294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00			19/01/22		Shirley
2-00	1820012294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00			19/01/22		Shirley
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
33-Data Prevista Término do Tratamento 19/01/22		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 10,00		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(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 15/01/22 CRO/PE13653	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/01/22 CRO/PE13653	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/01/22 Shirley Alexandra Moreira	53-Data, local e Cópia de Empresa 15/01/22 CHADDO SORRISO
--	--	--	---