

**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: 1282

Competência: 08/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **484,65**

Convênio: Odontolife

7 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
32976	DAYVSON ANTONIO DE LIMA DOS ANJOS SILVA	12/08/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	593007	65,70
33490	ISRAEL BARBOSA DE LIMA	20/08/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	669125	80,10
32942	JAQUELINE GOMES MONTEIRO	11/08/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	657169	32,85
33460	JULIANA MARIA DA SILVA	20/08/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	668681	80,10
32954	MARCIA VALERIA DE SOUZA AMARAL	12/08/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	657405	80,10
32953	PEDRO PAULO DA SILVA	12/08/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	657402	80,10
32975	VITORIA KAROLINA HONORIO DOS ANJOS LIMA	12/08/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	593183	65,70

519
e

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/18 4-Data de Autorização 12/10/18 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8964385 7-Data Validade da Semeta 11/11/21

669125
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101012151341100701010176011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASSOCIACAO NACIONAL DOS 11-Data Validade da Carteira 11/11/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ISRAEL BARBOSA DE LIMA 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ISRAEL BARBOSA DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 18-Número no CRO 14429 19-UF PE 20-Código CRO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17011615877464 22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 23-Número no CRO 14429 24-UF PE 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 27-Número no CRO 14429 28-UF PE 29-Código CRO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-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	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3	4,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
6-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
7-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
8-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
9-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
10-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
11-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
12-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
13-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
14-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
15-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
43-Data Previsão Termino do Tratamento 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 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$												
20/10/18 11/21 11/21 1												

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), ocorreram 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 20/10/18 11/21 Dr.ª Dandhara Maria de Almeida Cirurgião Dentista CRO-PE 14.429 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/18 11/21 Dr.ª Dandhara Maria de Almeida Cirurgião Dentista CRO-PE 14.429 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/18 11/21 Israel Barbosa de Lima Beneficiário CRO-PE 14.429 53-Data, local e Cartão da Empresa 20/10/18 11/21 CIA DO SORRISO LTDA



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/21/08 4-Data de Autorização 11/21/08 5-Senhia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8929836 7-Data Validade da Senha 11/01/11 11/21/11

8-Número da Carteira 101201251410561081010101010103 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 01/05/1970 14-Teléfono (11) 8410715553 15-Nome do titular do plano JULIANA MARIA DA SILVA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 18-Número no CRO 14429 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1701165877746411 22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 23-Número no CRO 14429 24-UF PE 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 27-Número no CRO 14429 28-UF PE 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Frase	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	01810101030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00			11/21/08		
2-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1	36,00			11/21/08		
3-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1	36,00			11/21/08		
4-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1	36,00			11/21/08		
5-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1	36,00			11/21/08		
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 11/21/08	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a 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

Dra. Dandhara Almeida
Dra. Dandhara Almeida
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/21/08 PE 14429 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/21/08 PE 14429 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/21/08 PE 14429 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/21/08 PE 14429 CLAUDIO SORRISO LTDA

657402
INTERCÂMBIO[illegible]

657169
INTERCÂMBIO49-Observação

que assimila esse documento, os valores

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Dia, local e Assinatura do Representante da Empresa



593007
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 6-12/11 4-Data de Autorização 10/11/10 5-Senha AUTORIZADO 8726845 6-Número da Guia Principal 8726845 7-Data Validade da Senha 12/10/10 8-12/11

8-Número da Carteira 10/01/10 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome DAYVSON ANTONIO DE LIMA DOS ANJOS SILVA 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA DE LIMA DOS ANJOS

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 - Faturar Empresa 21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1361193607404 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

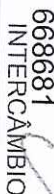
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 2 0 0 0 8 1 6	EXODONTIA A RETALHO	36	1	1	17,3,10,10	10,10,10	1	12/10/10	1	12/10/10
2-0	0	8 2 0 0 0 8 1 6	EXODONTIA A RETALHO	46	1	1	7,3,10,10	10,10,10	1	12/10/10	1	12/10/10
3-1	1											
4-1	1											
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/11 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 1146,10,10 47-Valor Total R\$ 10,10,10 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(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 12/10/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/10/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/10 CIA DO SORRISO LTDA

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

6686681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

668681
INTERCÂMBIO

Índice



593183
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012 4-Data de Autorização 10/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8727218 7-Data Validade da Senha 12/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021025378912101010101010101010 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 VITORIA KAROLINA HONORIO DOS ANJOS LIMA 14-Telefone (11) 11111111 15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA DE LIMA DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RU 17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 18-Número no CRO 4550 19-UF PE 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 13611913607404 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 CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000816	EXODONTIA A RETALHO	36	1	1	73,00	10,00	10,00	10,00	12/08/21	+ Faturar	
2-00	82000816	EXODONTIA A RETALHO	46	1	1	73,00	10,00	10,00	10,00	12/08/21	+ Faturar	
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												
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\$							
12/11/08	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	1146,00	10,00								

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 Solicitante

12/11/08 11/21 Cirurgião Dentista: CRO 4550

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

12/11/08 11/21 Cirurgião Dentista: CRO 4550

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/11/08 11/21 + Faturar Empresa

53-Data, local e Assinatura da Empresa

12/11/08 11/21 CIADO SORRISO LTDA