

**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: 1068

Competência: 04/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **289,80**

Convênio: Odontolife

5 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
27703	DEISIANE BARROS DE LIMA	30/04/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	538501	90,00
27587	JOSUALDO GRIOGORIO DAS CHAGAS	28/04/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	536518	36,60
27037	JOSUALDO GRIOGORIO DAS CHAGAS	16/04/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	525945	36,60
27743	KARLYNE PATRICIA GONZAGA DA SILVA	30/04/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	538087	53,40
27653	PAULO JOSE ARAUJO DA SILVA	29/04/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	537776	73,20

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

CRO: 4550/PE

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

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
525945 - I - A	JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS (00202535716900000101)		16/04/2021	122	0.3	R\$ 36,60
Totalizador						
				N° de USOs:		122
				N° de atendimentos:		1
				Valor:		R\$ 36,60

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

A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 29/04/2021 09:41



525945
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/04/21	4-Data de Autorização 16/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8493020	7-Data Validade da Senha 15/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253571690000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS		14-Telefone 01/08/1999	15-Nome do titular do plano JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN 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	
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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	D	1	61,00	0,00		S	16/04/21		JOSUALDO
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	16/04/21		JOSUALDO
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/04/21	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 122,00	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 16/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/04/21
---	---	---	---

Dra. Tercia Napolis
Cirurgião Dentista
CRO 4550

Dra. Tercia Napolis
Cirurgião Dentista
CRO 4550

JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS

CompANHIA do SORRISO LTDA



536518
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2014	4-Data de Autorização 28/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8532063	7-Data Validade da Senha 27/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202535716900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS 01/08/1999			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS	

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 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

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	28/10/2014		JOSUALDO
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	V	1	61,00	0,00		S	28/10/2014		JOSUALDO
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/2014	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 122,00	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 28/10/2014 Tercia Napolis CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2014 Tercia Napolis CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2014 JOSUALDO GRIGORIO DAS CHAGAS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/2014 Cooperativa do Sorriso
---	---	--	--



538501
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/04/21	4-Data de Autorização 30/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8539758	7-Data Validade da Senha 29/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020253704840000101									
13-Nome DEISIANE BARROS DE LIMA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DEISIANE BARROS DE LIMA			
				18/11/1997					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		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	
16-Atendimento a RN N									
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	

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/04/21		Deisiane
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/04/21		Deisiane
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/04/21		Deisiane
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/04/21		Deisiane
5-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/04/21		Deisiane
6-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	30/04/21		Deisiane
7-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	30/04/21		Deisiane
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/04/21	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 300,00	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 30/04/21 Tercia Napoles CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/21 Tercia Napoles CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/21 Deisiane Barros de Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/04/21 Companhia do Sermão
---	---	---	---



538087
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	4-Data de Autorização 30/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8538183	7-Data Validade da Senha 28/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202537597500000101		13-Nome KARLYNE PATRICIA GONZAGA DA SILVA		14-Telefone () 8321-6638	
		15-Nome do titular do plano KARLYNE PATRICIA GONZAGA DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36193607404	22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	27-Número no CRO 4550	28-UF PE	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA				

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
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/04/21		Karlyne
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/04/21		Karlyne
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/04/21		Karlyne
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/04/21		Karlyne
5-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/04/21		Karlyne
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/04/21	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 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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/04/21 Dra. Tercia Napolis CRO 4650	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/21 Dra. Tercia Napolis CRO 4650	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/21 Karlyne Patricia Gonzaga	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/04/21 Companhia do Sorriso
--	--	---	---



537776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/04/21	4-Data de Autorização 29/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8537077	7-Data Validade da Senha 28/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202537583700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULO JOSE ARAUJO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO JOSE ARAUJO 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 Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100218
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-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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IMP	1	122,00	0,00		S	29/04/21		Paulo
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IPM	1	122,00	0,00		S	29/04/21		Paulo
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/04/21	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 244,00	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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/04/21, Dra. Tercia Napolis, CRO 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 29/04/21, Dra. Tercia Napolis, CRO 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/04/21, Paulo S. Araujo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/04/21, Companhia do Saneamento
--	---	--	--