

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1177

Competência: 06/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **1.071,00**

Convênio: Odontolife

13 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
29266	ADRIANO SILVA PEREIRA	03/06/21	JULIA MARIA DE SANTANA GOMES	566713	53,40
29294	ADRIANO SILVA PEREIRA	04/06/21	JULIA MARIA DE SANTANA GOMES	573351	71,10
29131	ANA CAROLINA DE LIMA DOS ANJOS	01/06/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	560023	90,00
29130	DAYVSON ANTONIO DE LIMA DOS ANJOS SILVA	01/06/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	560075	92,40
29184	ELIZANGELA PATRICIA DE ANDRADE	02/06/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	559985	134,70
29217	LARISSA FERNANDA DA SILVA ALBINO	02/06/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	566363	73,20
29218	LEANDRA FERNANDES ALBINO SILVA	02/06/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	566326	97,50
29219	PAULA FERNANDES DA SILVA	02/06/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	566366	63,00
29673	ROSIANE SOUZA DE ARAUJO	10/06/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	580594	53,40
29183	TACIANO OTAVIO DE ANDRADE	02/06/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	559931	161,10
29133	VITORIA KAROLINA HONORIO DOS ANJOS LIMA	01/06/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	560787	42,00
29132	VITORIA KAROLINA HONORIO DOS ANJOS LIMA	01/06/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	560034	46,80
29129	YASMIM KAROLINE DE LIMA DOS ANJOS SILVA	01/06/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	560045	92,40

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



566713
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 5/12/11 4-Data de Autorização 10/3/10 6/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8639886 7-Data Validade da Senha 12/5/10 8/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021021537171711210101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ADRIANO SILVA PEREIRA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADRIANO SILVA PEREIRA 13/10/1976 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano ADRIANO SILVA PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULIA MARIA DE SANTANA GOMES 18-Número no CRO 5316 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161813113151847121 22-Nome do Contratado Executante JULIA MARIA DE SANTANA GOMES 23-Número no CRO 5316 24-UF PE 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JULIA MARIA DE SANTANA GOMES 27-Número no CRO 5316 28-UF PE 29-Código CBO S

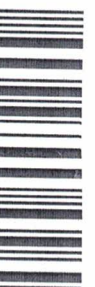
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	018530010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,10	10,10	11,10	103,06	21		
2-10	018530010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,10	10,10	11,10	103,06	21		
3-10	018530010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,10	10,10	11,10	103,06	21		
4-10	018530010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	36,10	10,10	11,10	103,06	21		
5-10	018110010651	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	10,10	11,10	103,06	21		
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 10/3/10 6/12/11 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 1178,10 47-Valor Total R\$ 1178,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/10 6/12/11 Dr. Júlia Gomes 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/10 6/12/11 Dr. Júlia Gomes 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/10 6/12/11 Adriano Silva Pereira 53-Data, local e Cartão da Empresa 10/3/10 6/12/11 Interchange do Comércio



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/2016 4-Data de Autorização 10/04/2016 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8662528 7-Data Validade da Sentia 10/11/2019 573351 INTERCÂMBIO

573351
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/012/02537117171210101011011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa ADRIANO SILVA PEREIRA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADRIANO SILVA PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULIA MARIA DE SANTANA GOMES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 168831358472111

22-Nome do Contratado Executante JULIA MARIA DE SANTANA GOMES

18-Número no CRO 5316 19-UF PE 20-Código CBO S 025 -

23-Número no CRO 5316 24-UF PE 25-Código ONES Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante JULIA MARIA DE SANTANA GOMES

27-Número no CRO 5316 28-UF PE 29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa	42-Assinatura
1-	100	RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	61,00	10,00	10,00	10,00	10/06/2021	10,00	10,00
2-	00	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	10,00	10,00	10,00	10/06/2021	10,00	10,00
3-	00	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DP	1	88,00	10,00	10,00	10,00	10/06/2021	10,00	10,00
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2021 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 1237,00 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) 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 Dr. Julia Gomes 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Julia Gomes 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ADRIANO SILVA 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Carimbo da Empresa

2-Na

[illegible]

566363
INTERCÂMBIO

Dra. Dandara Almeida

CRO - PE 14.429

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

~~Cirurgia-Dentist~~

02/10/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Secretary of State

Da Silva

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



566326
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 5/12/11
4-Data de Autorização 10/12/10 6/12/11
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 8638384
7-Data Validade da Senha 12/5/10 8/12/11

8-Número da Carteira 101020125381833001010101013
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LEANDRA FERNANDES ALBINO SILVA
14-Telefone
15-Nome do titular do plano PAULA FERNANDES 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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17101165877464
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 (1) 85100200 (1) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PM	1	8,80	10,10			10/12/11		Paula
2-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8,80	10,10			10/12/11		Paula
3-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VO	1	8,80	10,10			10/12/11		Paula
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	6,10	10,10			10/12/11		Paula
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/11
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 Quantitativa US 1325,10
47-Valor Total R\$ 10,10
48-Total Franquia / Co-participação R\$

Dra. Dandhara Almeida

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
53-Dados, local e Assinatura da Empresa

da Silva

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



566366
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/015/12/11	4-Data de Autorização 10/12/016/12/11	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal 8638462	7-Data Validade da Seria 12/15/018/12/11
8-Número da Carteira 10101202538183301010101011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11
13-Nome PAULA FERNANDES DA SILVA			14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano PAULA FERNANDES DA SILVA	
16-Atendimento a RN DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1710116151817174614111		22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI		18-Número no CRO 14429	19-UF PE
26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI		27-Número no CRO 14429		24-UF PE	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200
28-UF PE					
29-Código CBO S					

30-Tabella	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-	010	85110101961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	11	61,00	0,00	0,00	02/11/06	11	Paula
2-	010	85110102001	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	11	88,00	0,00	0,00	02/11/06	11	Paula
3-	010	85110101961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	11	61,00	0,00	0,00	02/11/06	11	Paula
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/06/12/11	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 210,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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, compreendendo-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, compreendendo-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 02/11/06/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/06/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/11/06/12/11	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/11/06/12/11
---	---	---	---

CRO - PE/14.429

CRO - PE/14.429

da Silva

Paula Fernandes da Silva

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/015/12/11 4-Data de Autorização 12/12/11/015/12/11 5-Senha AUTORIZADO 8617299 6-Número da Guia Principal 560075 INTERCÂMBIO 7-Data Validade da Senha 11/9/11/018/11/21/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

560075
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102102537891201010101014 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome DAVYSON ANTONIO DE LIMA DOS ANJOS SILVA 12/03/2007 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA DE LIMA DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento 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 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1316119360174041 22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 23-Número no CRO 4550 24-UF PE 25-Código CNES Faturar Empresa 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-Dentista/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
1-01018100001651		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,1010				11/01/06/12/11		
2-01018400001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,1010				11/01/06/12/11		
3-01018400001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,1010				11/01/06/12/11		
4-01018400001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,1010				11/01/06/12/11		
5-01018400001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,1010				11/01/06/12/11		
6-01018300001089		EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	173,1010				11/01/06/12/11		
7-01018510001961		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	161,1010				11/01/06/12/11		
8-01018100001651				1	1					11/01/06/12/11		
9-01018100001651				1	1					11/01/06/12/11		
10-01018100001651				1	1					11/01/06/12/11		
11-01018100001651				1	1					11/01/06/12/11		
12-01018100001651				1	1					11/01/06/12/11		
13-01018100001651				1	1					11/01/06/12/11		
14-01018100001651				1	1					11/01/06/12/11		
15-01018100001651				1	1					11/01/06/12/11		

43-Data Previsão Tempo do Tratamento 10/11/06/12/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 3108,1010 47-Valor Total R\$ 10,1010 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), foliaram 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 01/11/06/12/11 Dr. Tercia Maria Napolis 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/06/12/11 Tercia Napolis 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/06/12/11 Ana Carolina de Lima dos Anjos 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/06/12/11 Interchange

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/05/1211	4-Data de Autorização 12/11/05/1211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8617154	7-Data Validade da Senha 11/9/10/8/1211
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010201253789120100010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANA CAROLINA DE LIMA DOS ANJOS	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA DE LIMA DOS ANJOS
---	------------------------------	---

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 316119316107404111	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-Tabala	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	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	01/06/21		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	01/06/21		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	01/06/21		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	01/06/21		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	01/06/21		
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17 O	1	1	16,00	0,00		S	01/06/21		
7-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44 V	1	1	16,00	0,00		S	01/06/21		
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/06/21	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\$ 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) 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 Contratado Responsável pelo Tratamento 01/06/21 Tercia Napolis Dentista CRO A 5550	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 01/06/21 Tercia Napolis Dentista CRO A 550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 01/06/21 Ana Carolina de Lima dos Anjos	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/06/21 Odontolife
--	--	--	---

2-N⁺560034
INTERCÂMBIOIndex025 - Faturar Empresa39-Aut 4

_____S_____

0.15

11

[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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

—

777

7-Valor Total R\$

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

010612



Dados do Beneficiário

13-Membre	
VITTORIA KAROLINA HONORIO DOS ANJOS LIMA	03/06/2004
()	ANA CAROLINA DE LIMA DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN				4550	PE		Faturar Empresa
N	17-Nome do Profissional Solicitante			TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA			

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Exatante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código UNCS
136193607404	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	4550	PE	
26-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO S		

26-Nome do Profissional Excedente	27-Número no CNIO	28	29
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	4550	PE	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante
01/10/2021
Dr. Tarcia Napolis

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
01/10/2021
Dr. Tarcia Napolis

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/10/2021
Ane Caroline da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/10/2021
Farmácia do Coração



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



559931
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/05	4-Data de Autuação 12/11/05	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8616936	7-Data Validade da Senha 11/9/08
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 01012021537910531010101011021	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 TACIANO OTAVIO DE ANDRADE	03/05/1995	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ELIZANGELA PATRICIA DE ANDRADE
--------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento 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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 136119316074041111	22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
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/Régio	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
1-0101	811010103101	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	11	34,10101	10,10101		11	01/11/04		Taciana
2-0101	853010104711	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		11	11	36,10101	10,10101		11	01/11/04		Taciana
3-0101	853010104711	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		11	11	36,10101	10,10101		11	01/11/04		Taciana
4-0101	853010104711	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		11	11	36,10101	10,10101		11	01/11/04		Taciana
5-0101	853010104711	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		11	11	36,10101	10,10101		11	01/11/04		Taciana
6-0101	851101019611	RESTAURAÇÃO RESINA		11	11	61,10101	10,10101		11	01/11/04		Taciana
7-0101	851101019611	RESTAURAÇÃO RESINA		11	11	61,10101	10,10101		11	01/11/04		Taciana
8-0101	851101019611	RESTAURAÇÃO RESINA		11	11	61,10101	10,10101		11	01/11/04		Taciana
9-0101	851101019611	RESTAURAÇÃO RESINA		11	11	61,10101	10,10101		11	01/11/04		Taciana
10-0101	851101019611	RESTAURAÇÃO RESINA		11	11	61,10101	10,10101		11	01/11/04		Taciana
11-0101												
12-0101												
13-0101												
14-0101												
15-0101												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/05	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 513710101	47-Valor Total R\$ 10,10101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10101
--	---	--	-------------------------------------	--------------------------------	---

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), licitam 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-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/05 16/11/05 Dra. Tercia Napolis	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/05 16/11/05 Dra. Tercia Napolis	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/05 16/11/05 Taciama Otavio de Andrade	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/05 16/11/05 Companhia do Sorriso Ltda.
---	---	---	--

2-N^c580594
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
ANA CAROLINA DE LIMA DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Faturar Empresa

24-UF	25-Código CNES
PE	

27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
14429	PE	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

1

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), folioaram tratado(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 quando previsto em contrato.

49-Observação

Empresa **70** **Companhia do Sertão Ltda.**