



## 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: 1669

Competência: 04/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **18,30**

Convênio: Odontolife

### 1 Atendimento(s)

| #     | Paciente                              | Entrada  | Profissional            | Nro. Guia | Valor |
|-------|---------------------------------------|----------|-------------------------|-----------|-------|
| 45943 | THAIS VITORIA MARQUES ALEIXO DA SILVA | 15/04/21 | MARA MALAQUIAS DA SILVA | 519576    | 18,30 |



519576  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/04/21 | 4-Data de Autorização<br>12/04/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8468096 | 7-Data Validade da Senha<br>08/07/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                                  |  |                                |                                          |                                                           |                                       |
|--------------------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                            |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DOCTORALIA BRASIL SERVICOS | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>00202521336500072703     |  | 14-Telefone<br>( ) 9899-4019   |                                          | 15-Nome do titular do plano<br>ALEXSANDRA ALEIXO DA SILVA |                                       |
| 13-Nome<br>THAIS VITORIA MARQUES ALEIXO DA SILVA |  | 04/12/2006                     |                                          |                                                           |                                       |

|                                                               |                                                                |                           |             |                                          |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento               |                                                                | 18-Número no CRO<br>14398 | 19-UF<br>PE | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MARA MALAQUIAS DA SILVA | 23-Número no CRO<br>14398 | 24-UF<br>PE | 25-Código CNES                           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>10210847433            | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARA MALAQUIAS DA SILVA    | 27-Número no CRO<br>14398 | 28-UF<br>PE | 29-Código CBO S                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARA MALAQUIAS DA SILVA |                                                                |                           |             |                                          |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           | 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   |
|-------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-----------------|
| 30-Tabela                                       | 31-Código do Procedimento |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 1-0085100196                                    |                           | RESTAURAÇÃO RESINA | 46              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/04/21              |                    | <i>Luiziane</i> |
| 2-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 3-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 4-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 5-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 6-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 7-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 8-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 9-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 10-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 11-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 12-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 13-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 14-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |
| 15-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                 |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                               |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>15/04/21 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>61,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>15/04/21 <i>Dra. Mara Malaquias</i><br>Cirurgia-Dentista CRO-PE 14.398 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/04/21 <i>Dra. Mara Malaquias</i><br>Cirurgia-Dentista CRO-PE 14.398 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/04/21 <i>Luiziane Dias da Silva</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>15/04/21 <i>Companhia do Sorriso TEA</i> |
|---------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|