

**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: 1625

Competência: 02/2022

Tipo: Odontológico

Valor Total: **134,40**

Convênio: Odontolife

3 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
42959	ELOYSA RAMOS DOS SANTOS	01/02/22	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	848003	54,90
44252	JOSE CARLOS BEZERRA DA SILVA	18/02/22	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	18/02/2022	26,10
44266	SAMUEL MESSIAS RODRIGUES DA SILVA	18/02/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	873543	53,40

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



848003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 4-Data de Autorização 12/01/11 5-Sentia AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 9492190 7-Data Validade da Sentia 12/01/04 8-Numero da Guia 848003

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 010120254115117000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELOYSA RAMOS DOS SANTOS

14-Teléfono () 15-Data Validade do Plano 10/03/2004 16-Data Validade da Sentia 12/01/04

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 18-Numero no CRO 14429 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNUJ / CPE 170165877464 22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 23-Numero no CRO 14429 24-UF PE 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI 27-Numero no CRO 14429 28-UF PE 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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 Clima	42-Assinatura
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	1,0	0	0,0	0	01/02/11	1	Eloyse
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	1,0	0	0,0	0	01/02/11	1	Eloyse
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	1,0	0	0,0	0	01/02/11	1	Eloyse
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/01/2012 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 183,00 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 01/01/2012 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/2012 52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Empresa 01/01/2012 53-Data local e Assinatura do Beneficiário/Empresa 01/01/2012

CHADO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



873543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2022	4-Data de Autorização 18/10/2022	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9575084	7-Data Validade da Sentença 11/21/05/22
8-Número da Carteira 002025458529000010101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome SAMUEL MESSIAS RODRIGUES DA SILVA			27/09/1996	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano SAMUEL MESSIAS RODRIGUES DA SILVA
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA					
21-Código na Operadora (CNPJ) CPF 1361193607404		22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		18-Número no CRO 4550	19-UF PE
25-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		26-Número no CRO 4550		20-Código CBO S 025 -	21-UF PE
27-Número no CRO 4550		28-UF PE		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cmd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				18/11/22		Samuel
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				18/11/22		Samuel
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				18/11/22		Samuel
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				18/11/22		Samuel
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				18/11/22		Samuel
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data de Emissão do Pagamento 18/11/22	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia - Co-participação R\$							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 18/11/22	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista 18/11/22	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/22 Samuel Messias Rodrigues	53-Data Local e Assinatura da Empresa 18/11/22
--	--	---	---

Samuel Rodrigues

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



851045
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 11/2121	4-Data de Autorização 118/10 12/12121	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9502035	7-Data Validade da Senha 12/4/10 14/12121
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00020254208640000000101011	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	27/08/1991	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 11013804643311	22-Nome do Contratado Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	23-Número no CRO 11741	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-
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-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-Auf	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1-00082000875		EXODONTIA SIMPLES DE	16	1	1	73,00	0,00	0,00	18/02/2011			
2-00081000421		RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	18/02/2011			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/02/11	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 87,00	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 Contratado-Dono da Carteira 18/02/2011	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 18/02/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/2011	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/02/2011
--	--	---	--