

**CIA DO SORRISO**

02.045.239/0005-37

Avenida Marechal Floriano Peixoto, Centro

Paulista - PE, CEP- 53401-460

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8210

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 2444

Competência: 04/2022

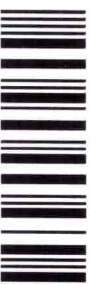
Tipo: Odontológico

Valor Total: **946,80**

Convênio: Odontolife

10 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
52142	ANA PAULA CORREIA DA SILVA	07/04/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	923582	135,00
51904	CRISTIANE ALMEIDA DA SILVA BRAINER	04/04/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	906653	72,00
52728	CRISTIANE ALMEIDA DA SILVA BRAINER	18/04/22	LUIZ MARQUES DE MELO	943908	65,70
52655	JULIANA FERREIRA DE LIMA	18/04/22	LUIZ MARQUES DE MELO	943892	65,70
52189	KHASSIM CAVALCANTI DA SILVA	07/04/22	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	911652	189,00
52190	KHASSIM CAVALCANTI DA SILVA	07/04/22	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	938268	80,10
52047	MARCIO PEREIRA DO NASCIMENTO	05/04/22	NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	934452	122,40
51915	MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS	04/04/22	LUIZ MARQUES DE MELO	923714	39,15
52110	MAYARA BEATRIZ SANTOS FERRAZ	06/04/22	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	936446	15,30
52188	THAIS STEFANI DO NASCIMENTO RODRIGUES	07/04/22	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	911647	162,45

2-N^o906653
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
CRISTIANE ALMEIDA DA SILVA BRAINER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

Christian
Christian
Christian

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confiro, com o consentimento e de forma satisfatória, a Autoriza a executar o tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), foi(ram) realizado(s) com o 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2013 12:21	4-Data de Autorização 12/08/2013 12:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9729622	7-Data Validade da Senha 12/06/2016 12:21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020254354920000101	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 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIZ MARQUES DE MELO	18-Número no CRO 2362	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110261206400	22-Nome do Contratado Executante LUIZ MARQUES DE MELO	23-Número no CRO 2362	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPID
26-Nome do Profissional Executante LUIZ MARQUES DE MELO	27-Número no CRO 2362	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- 0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	45		1	7 3 1 0 0				01/11/22	X	Conceição
2- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPID		1	4 1 0 0				04/11/22	X	Conceição
3- -												
4- -												
5- -												
6- -												
7- -												
8- -												
9- -												
10- -												
11- -												
12- -												
13- -												
14- -												
15- -												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/2012	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 8 7 1 0 0	47- Valor Total R\$ 0 1 0 0	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 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), 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.

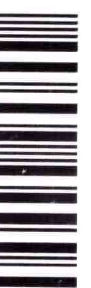
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 12/08/2013 Luiz Marques de Melo Cirurgião Dentista CRO 2362	51-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 12/08/2013 Luiz Marques de Melo Cirurgião Dentista CRO 2362	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2013 Maria da Conceição dos Santos Cirurgiã Dentista CRO 2362	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/2013 COMPANHIA DO SORRISO
--	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
05/11/2014

4-Data de Autorização
05/11/2014

5-Semana
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9762797

7-Data Validade da Semna
04/10/2017

934452
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira
0020254002620000101

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
MARCIO PEREIRA DO NASCIMENTO

28/05/1982

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Titular do plano
MARCIO PEREIRA DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO

18-Numero no CRO
9749

19-UF
PE

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08030325444

22-Nome do Contratado Executante
NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO

23-Numero no CRO
9749

24-UF
PE

25-Código CNES
Enviar - RX
(UF) 85200166-15

26-Nome do Profissional Executante
NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO

27-Numero no CRO
9749

28-UF
PE

29-Código CBO S
(I) 81000421-

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 Glasa	42-Assinatura
1- 0 0	8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15	1	1	2 5 8 1 0 0	0 1 0 0		S	05/11/17		amab
2- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	4 1 0 0	0 1 0 0		S	05/11/17		amab
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 Prescrição Término do Tratamento
05/11/2014

44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodomia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
☐ 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
2 7 2 1 0 0

47-Valor Total R\$
0 1 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 1 0 0

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
05/11/2014 NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
05/11/2014 NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/11/2014 amab

53-Data local e Carimbo da Empresa
05/11/2014 COMPANHIA DO SOFRESO



936446
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de SaúdeE ANDRADE SANTOSFaturar Empresa29-Código CBO S

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

Elizaveta

48-Total Franquia / Co-participação R\$ _____, _____

49-Observação

COMPANHIA DO SOFÁS

CRO/PE 14979

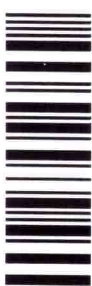
Dra. Maria Eduarda Cunha A...

CRO/PE 14979



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 1 0 / 3 / 2 2	4-Data de Autorização 1 8 / 1 0 / 3 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9694950	7-Data Validade da Senha 1 6 / 1 0 / 6 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

91647
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 1 5 9 1 0 0 0 0 0 1 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome THAIS STEFFANI DO NASCIMENTO RODRIGUES	22/05/1999	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano KHASSIM CAVALCANTE DA SILVA
---	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	18-Número no CRO 14979	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 0 5 7 5 4 8 1 4 1 2	22-Nome do Contratado Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	23-Número no CRO 14979	24-UF PE	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	27-Número no CRO 14979	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	02/04/2022		
2-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	02/04/2022		
3-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	S	02/04/2022		
4-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6,0 0	0,0 0	0,0 0	S	02/04/2022		
5-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6,0 0	0,0 0	0,0 0	S	02/04/2022		
6-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6,0 0	0,0 0	0,0 0	S	02/04/2022		
7-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6,0 0	0,0 0	0,0 0	S	02/04/2022		
8-0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	02/04/2022		
9-0 0												
10-0 0												
11-0 0												
12-0 0												
13-0 0												
14-0 0												
15-0 0												

43-Data Prevista Término do Tratamento 02/04/2022	44-Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 3 6 1,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0 0
--	---	--	-------------------------------------	-----------------------------	--

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 02/04/2022 Dra. Maria Eduarda Cunha Alves Cirurgia Dentária CRO/PE 14979	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 02/04/2022 Thais Steffani do Nascimento Rodrigues CRO/PE 14979	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/04/2022 Thais Steffani do Nascimento Rodrigues CRO/PE 14979	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/04/2022 COMPANHIA DO SORRISO
--	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z.Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2022	4-Data de Autorização 18/10/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9694996	7-Data Validade da Senha 16/10/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

911652
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020254159100000101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

KHAASSIM CAVALCANTE DA SILVA

31/08/1993

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano

KHAASSIM CAVALCANTE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
MARIA EDUARDA CUNHA ALVES18-Número no CRO
1497919-UF
PE

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
70575481412

22-Nome do Contratado Executante

MARIA EDUARDA CUNHA ALVES

23-Número no CRO
1497924-UF
PE

25-Código CNES

Enviar - RX
(I) 85100200
(II) 85100200

26-Nome do Profissional Executante

MARIA EDUARDA CUNHA ALVES

27-Número no CRO
1497928-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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cioss	42-Assinatura
1-0	018511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8,8	10,0	0,0	0,0	04/11	77	Khaassim
2-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	04/11	77	Khaassim
3-0	018511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	8,8	10,0	0,0	0,0	04/11	77	Khaassim
4-0	018511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8,8	10,0	0,0	0,0	04/11	77	Khaassim
5-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	04/11	77	Khaassim
6-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	04/11	77	Khaassim
7-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	04/11	77	Khaassim
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento

07/04/2022

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

508,00

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 Solicitante

07/04/2022 Maria Eduarda Cunha Alves

Cirurgia Dentista

CRO/PE 14979

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

07/04/2022 Maria Eduarda Cunha Alves

Cirurgia Dentista

CRO/PE 14979

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

07/04/2022

53-Data, local e Carimbo da Empresa

07/04/2022

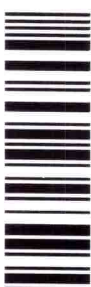
COMPANHIA DO SOFTE



Resolução 222/2018

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2014	4-Data de Autorização 07/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9775216	7-Data Validade da Senha 06/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

938268
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020254159100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KHASSIM CAVALCANTE DA SILVA	31/08/1993	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KHASSIM CAVALCANTE DA SILVA
--	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	18-Número no CRO 14979	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170575481412	22-Nome do Contratado Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	23-Número no CRO 14979	24-UF PE	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	27-Número no CRO 14979	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-Válvul	38-Franchua/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	07/10/2014		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	07/10/2014		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	07/10/2014		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	07/10/2014		
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	07/10/2014		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/10/2014	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchua / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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) 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 07/10/2014 CRO/PE 14979	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2014 CRO/PE 14979	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/2014
---	---	---	---

Khassim Cavalcante da Silva

COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2013	4-Data de Autorização 10/07/2014	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9729014	7-Data Validade da Semha 12/06/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

923582
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202545392800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome
ANA PAULA CORREIA DA SILVA

15-Data Validade da Semha
19/02/1967

15-Nome do titular do plano
ANA PAULA CORREIA DA SILVA

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 -	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 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-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	02/04/11		ane
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	02/04/11		ane
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	02/04/11		ane
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	02/04/11		ane
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	02/04/11		ane
6-00	8510019	RESTAURAÇÃO RESINA		1		61,00	0,00		S	02/04/11		ane
7-00	8510019	RESTAURAÇÃO RESINA		1		61,00	0,00		S	02/04/11		ane
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/11/2012	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 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação
Drª Tercia Napoles
Cirurgia Dentista
CPF: 361.936.074-04

Drª Tercia Napoles
Cirurgia Dentista
CPF: 361.936.074-04

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 07/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista R.O.: 07/04/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 07/04/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 07/04/2012

54-Data, local e Carimbo da Empresa: 07/04/2012

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
13/10/20144-Data de Autorização
13/10/20145-Semana
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
97924947-Data Validade da Semá
12/10/2017943908
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020202545689700001019-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

CRISTIANE ALMEIDA DA SILVA BRAINER

20/10/1998

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano

CRISTIANE ALMEIDA DA SILVA BRAINER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

LUIZ MARQUES DE MELO

18-Número no CRO

2362

19-UF

PE

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

LUIZ MARQUES DE MELO

22-Número no CRO

2362

23-UF

PE

24-Código CNES

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

LUIZ MARQUES DE MELO

27-Número no CRO

2362

28-UF

PE

29-Código CBO S

30-Franquia Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Cláusula

42-Assinatura

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 Cláusula	42- Assinatura
1-	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	73,00	0,00	0,00	13/10/2014	Exodontia		
2-	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	73,00	0,00	0,00	13/10/2014	Exodontia		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão, Término do Tratamento

13/10/2014

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

146,00

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) 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

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

LUIZ MARQUES DE MELO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



943892
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/3/04/22

4-Data de Autorização
11/3/04/22

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9792461

7-Data Validade da Senha
11/2/07/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202546095400000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JULIANA FERREIRA DE LIMA

28/03/1996

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
JULIANA FERREIRA DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LUIZ MARQUES DE MELO

18-Número no CRO
2362

19-UF
PE

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
102612006400

22-Nome do Contratado Executante
LUIZ MARQUES DE MELO

23-Número no CRO
2362

24-UF
PE

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
LUIZ MARQUES DE MELO

27-Número no CRO
2362

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 Causa	42-Assinatura
1-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	27	1	1	73,00	0,00		S	18/04/22	Juliana	
2-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	1	73,00	0,00		S	18/04/22	Juliana	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto 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\$							
11/04/22	1-Tratamento Odontológico	1-Total	146,00	0,00								

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) 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

COMPANHIA DO SORRISO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/04/22 Cirurgião-Dentista CRO 2362

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/04/22 CRO 2362

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/04/22 Juliana Ferreira

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/04/22 Juliana Ferreira