

**CIA DO SORRISO**

02.045.239/0001-03

Avenida Doutor José Augusto Moreira, Casa Caiada

Olinda - PE, CEP- 53130-410

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8201

**Dados da Remessa**

Nro. Remessa: 4794

Competência: 04/2022

Tipo: Odontológico

Valor Total: **822,00**

Convênio: Odontolife

**5 Atendimento(s)**

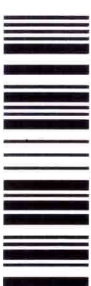
| #      | Paciente                                 | Entrada  | Profissional                            | Nro. Guia | Valor  |
|--------|------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|-----------|--------|
| 144606 | ANANDA CRISTINA LIMA CORRÊA              | 27/04/22 | TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA | 960106    | 340,20 |
| 144066 | HENRIQUE LUIS DO NASCIMENTO              | 23/04/22 | LUIZ MARQUES DE MELO                    | 9788199   | 21,90  |
| 141607 | HILDA SOARES BATISTA                     | 04/04/22 | GILVAN DO AMARAL PORTELA                | 874381    | 162,45 |
| 144379 | JESSICA VERONICA FRANCA OLIVEIRA DE GOES | 26/04/22 | JOAO GUILHERME GUARANA DE OLIVEIRA      | 954460    | 80,10  |
| 142452 | PRISCILLA AZEVEDO GOMES DA SILVA         | 08/04/22 | TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA | 930858    | 217,35 |



Identificação física vale a pena

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2<sup>o</sup> N<sup>o</sup>



|                          |                                         |                                     |                      |                                       |                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/04/2022 | 4-Data de Autorização<br>10/04/2022 | 5-Será<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>9577349 | 7-Data Validade da Guia<br>15/05/2022 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

874381  
INTERCÂMBIO

## Dados do Beneficiário

|                                              |                                |
|----------------------------------------------|--------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00020254444960000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA |
|----------------------------------------------|--------------------------------|

|                                      |
|--------------------------------------|
| 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA |
|--------------------------------------|

|                                          |
|------------------------------------------|
| 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 |
|------------------------------------------|

|                                       |
|---------------------------------------|
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---------------------------------------|

|                                 |
|---------------------------------|
| 13-Nome<br>HILDA SOARES BATISTA |
|---------------------------------|

|                              |
|------------------------------|
| 14-Telefone<br>( ) - - - - - |
|------------------------------|

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| 15-Nome do titular do plano<br>HILDA SOARES BATISTA |
|-----------------------------------------------------|

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                                |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA) |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

|                          |
|--------------------------|
| 18-Número no CRO<br>4550 |
|--------------------------|

|             |
|-------------|
| 19-UF<br>PE |
|-------------|

|                       |
|-----------------------|
| 20-Código CBO S<br>11 |
|-----------------------|

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 21-Data Validade da Carteira<br>11/04/2022 |
|--------------------------------------------|

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| 22-Nome do Contratado Executante<br>TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA |
|-----------------------------------------------------------------------------|

|                          |
|--------------------------|
| 23-Número no CRO<br>4550 |
|--------------------------|

|             |
|-------------|
| 24-UF<br>PE |
|-------------|

|                |
|----------------|
| 25-Código CNES |
|----------------|

|                 |
|-----------------|
| 26-Código CBO S |
|-----------------|

|                                     |
|-------------------------------------|
| 27-Data de Realização<br>22/05/1987 |
|-------------------------------------|

|                   |
|-------------------|
| 28-Valor<br>34,00 |
|-------------------|

|                                  |
|----------------------------------|
| 29-Franchisa/Co-participação R\$ |
|----------------------------------|

|             |
|-------------|
| 30-Aut<br>S |
|-------------|

|                                     |
|-------------------------------------|
| 31-Motivo da Glisa<br>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- Franchisa/Co-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Motivo da Glisa | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|-------------------------|------------------|----------|---------|-------------------|-----------|-----------------------------------|---------|------------------------|---------------------|----------------|
| 1- 0 0     | 8 1 0 0 0 0 3 0            | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                  | 1        | 1       | 3 4,00            | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 2- 0 0     | 8 5 3 0 0 0 4 7            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                  | 1        | 1       | 3 6,00            | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 3- 0 0     | 8 5 3 0 0 0 4 7            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                  | 1        | 1       | 3 6,00            | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 4- 0 0     | 8 5 3 0 0 0 4 7            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                  | 1        | 1       | 3 6,00            | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 5- 0 0     | 8 5 3 0 0 0 4 7            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                  | 1        | 1       | 3 6,00            | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 6- 0 0     | 8 5 1 0 0 1 9 6            | RESTAURAÇÃO RESINA      |                  | 1        | 1       | 16 1,00           | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 7- 0 0     | 8 5 1 0 0 1 9 6            | RESTAURAÇÃO RESINA      |                  | 1        | 1       | 16 1,00           | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 8- 0 0     | 8 5 1 0 0 1 9 6            | RESTAURAÇÃO RESINA      |                  | 1        | 1       | 16 1,00           | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 9- 0 0     | 8 5 1 0 0 1 9 6            | RESTAURAÇÃO RESINA      |                  | 1        | 1       | 16 1,00           | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 10- 0 0    | 8 5 1 0 0 1 9 6            | RESTAURAÇÃO RESINA      |                  | 1        | 1       | 16 1,00           | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 11- 0 0    | 8 5 1 0 0 1 9 6            | RESTAURAÇÃO RESINA      |                  | 1        | 1       | 16 1,00           | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 12- 0 0    | 8 5 1 0 0 1 9 6            | RESTAURAÇÃO RESINA      |                  | 1        | 1       | 16 1,00           | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 13- 0 0    | 8 5 1 0 0 1 9 6            | RESTAURAÇÃO RESINA      |                  | 1        | 1       | 16 1,00           | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 14- 0 0    | 8 5 1 0 0 1 9 6            | RESTAURAÇÃO RESINA      |                  | 1        | 1       | 16 1,00           | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |
| 15- 0 0    | 8 5 1 0 0 1 9 6            | RESTAURAÇÃO RESINA      |                  | 1        | 1       | 16 1,00           | 0,00      |                                   | S       | 04/04/22               |                     | *stufda        |

|                               |                        |                         |                        |                    |                                          |
|-------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|------------------------------------------|
| 43-Data Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Fraturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franchisa / Co-participação R\$ |
|-------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|------------------------------------------|

## 49-Observação

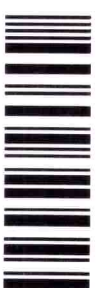
|                                                           |                                               |                                                           |                                        |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Assinatura da Empresa |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|

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 cobrir os custos conforme previsto em contrato.

874381  
CIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



930858  
INTERCÂMBIO

|                          |                                             |                                          |                       |                                       |                                            |
|--------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/11/04/12/21 | 4-Data de Autorização<br>10/6/10/4/12/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>9/52064 | 7-Data Validade da Senha<br>13/01/06/12/21 |
|--------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|

|                                                  |                                |                                      |                                             |                                       |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>10/02/02/546677670000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>1/1/1/1/1/1 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                             |            |                              |                                                                 |
|---------------------------------------------|------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>PRISCILLA AZEVEDO GOMES DA SILVA | 15/12/1985 | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>PRISCILLA AZEVEDO GOMES DA SILVA |
|---------------------------------------------|------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

|                                                                               |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                               |                                                                                |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA) |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>36193607404                            | 22-Nome do Contratado Executante<br>TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA    |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA | 27-Número no CRO<br>4550                                                       |
| 28-UF<br>PE                                                                   | 29-Código CBO S<br>(1) 85100226                                                |

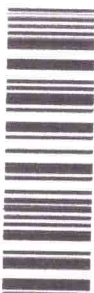
| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 3,61,00          | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 06/10/12              |                    | Priscilla     |
| 2-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 3,61,00          | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 06/10/12              |                    | Priscilla     |
| 3-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 3,61,00          | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 06/10/12              |                    | Priscilla     |
| 4-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 3,61,00          | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 06/10/12              |                    | Priscilla     |
| 5-00      | 85100226                  | RESTAURAÇÃO RESINA      | IMPV            | 1       | 1      | 2,21,00          | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 06/10/12              |                    | Priscilla     |
| 6-00      | 85100226                  | RESTAURAÇÃO RESINA      | IMPV            | 1       | 1      | 2,21,00          | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 06/10/12              |                    | Priscilla     |
| 7-00      | 8100065                   | CONSULTA ODONTOLÓGICA   | IMPV            | 1       | 1      | 3,41,00          | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 06/10/12              |                    | Priscilla     |
| 8-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA      | V               | 1       | 1      | 6,11,00          | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 06/10/12              |                    | Priscilla     |
| 9-00      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                                                     |                                                                      |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>06/10/12 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>483,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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 Consultado-Dentista Solicitante<br>06/11/04/12<br>TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA<br>CRO 47550 | 51-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista<br>06/11/04/12<br>TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA<br>CRO 47550 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>06/11/04/12<br>PRISCILLA AZEVEDO GOMES DA SILVA | 53-Data, local e Campo da Empresa<br>CIA DO SORRISO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|



|                |                           |                       |            |                            |                          |
|----------------|---------------------------|-----------------------|------------|----------------------------|--------------------------|
| 1-Registro ANS | 3-Data de emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Série    | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Série |
| 406414         | 12/04/2012                | 12/04/2012            | AUTORIZADO | 97861199                   | 11/07/2012               |



942544  
INTERCÂMBIO

|                                                                       |  |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|
| 9-Numero da Carteira<br>0 0 1 2 0 2 5 4 1 2 1 1 6 6 0 0 0 0 0 0 1 0 2 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                     |
| 13-Nome<br>HENRIQUE LUIS DO NASCIMENTO                                |  | 14-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA               |
| 15-Nome do Titular do plano<br>KLEYZER SEVERINA VIRGINIO              |  | 14-Teléfono<br>( ) - - - - -                       |
| 11-Data Válido da Carteira<br>/ /                                     |  | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde<br>- - - - - |
| Dados do Contratado Respostas ao Tratamento                           |  |                                                    |

|                                     |                                     |                    |                 |                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN                 | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO   | 19-UF           | 20-Código CBO S |
| N                                   | LUIZ MARQUES DE MELO                | 2362               | PE              |                 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado / Executante  | 23-Número no CROCI | 24-UF           | 25-Código CNES  |
| 110126112064000                     | LUIZ MARQUES DE MELO                | 2362               | PE              |                 |
| 26-Nome do Profissional Contratado  | 27-Número no CRO                    | 28-UF              | 29-Código CBO S |                 |
| LUIZ MARQUES DE MELO                | 2362                                | PE                 |                 |                 |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

025 -  
Faturar Empresa

| 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 de Cancelamento |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------------|
| 1-0                                                                                                                                            | 08200859                  | EXODONTIA DE RAIZ | 46              | 1       | 73,00  | 0,00             | 0,00     |                                 | SI     | 12/04/23              |                           |
| 2-                                                                                                                                             |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 3-                                                                                                                                             |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 4-                                                                                                                                             |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 5-                                                                                                                                             |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 6-                                                                                                                                             |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 7-                                                                                                                                             |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 8-                                                                                                                                             |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 9-                                                                                                                                             |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 10-                                                                                                                                            |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 11-                                                                                                                                            |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 12-                                                                                                                                            |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 13-                                                                                                                                            |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 14-                                                                                                                                            |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 15-                                                                                                                                            |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 43-Data Provável Término do Tratamento 44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |
| 45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 173,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação               |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                           |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, Decido, ainda que o(s) procedimento(s) da(s) acima, e por mim assinado(s), (toleram) 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, conforme atender-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

52- Data, local e Assinatura do Responsável: 12/11/04, CRO 2362, Cirurgião Dentista, CRO 2362

53- Data, local e Assinatura do Responsável: 12/11/04, CRO 2362, Cirurgião Dentista, CRO 2362

CIADO SORRISO

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-Nº



|                          |                                             |                                         |                        |                                       |                                            |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/10/14 12:21 | 4-Data de Autorização<br>12/10/14 12:21 | 5-Semana<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>9821543 | 7-Data Validade da Semta<br>12/11/07 12:21 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|

954460  
INTERCÂMBIO

**Dados do Beneficiário**

|                                              |                                |                                      |                                          |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>01020254759180000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                     |            |                              |                                                                         |
|-----------------------------------------------------|------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>JESSICA VERONICA FRANCA OLIVEIRA DE GOES | 19/08/1991 | 14-Telefone<br>(11) 11111111 | 15-Nome do titular do plano<br>JESSICA VERONICA FRANCA OLIVEIRA DE GOES |
|-----------------------------------------------------|------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

|                          |                                                               |                           |             |                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JOAO GUILHERME GUARANA | 18-Número no CRO<br>14588 | 19-UF<br>PE | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|

|                                                     |                                                            |                           |             |                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>170248859471 | 22-Nome do Contratado Executante<br>JOAO GUILHERME GUARANA | 23-Número no CRO<br>14588 | 24-UF<br>PE | 25-Código CNES |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                              |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JOAO GUILHERME GUARANA | 27-Número no CRO<br>14588 | 28-UF<br>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 Recusa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 26/04/22              | Jessica             | Jessica       |
| 2-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 26/04/22              | Jessica             | Jessica       |
| 3-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 26/04/22              | Jessica             | Jessica       |
| 4-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 26/04/22              | Jessica             | Jessica       |
| 5-00      | 8100065                   | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 26/04/22              | Jessica             | Jessica       |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Dado Previsão Término do Tratamento<br>16/04/22 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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 Paciente/Dentista Solicitante<br>16/10/14 4C | 51-Data, local e Assinatura do Paciente/Dentista<br>16/10/14 4C | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>16/10/14 4C | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>16/10/14 4C |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

CIA DO SORRISO

Dados do Beneficiário

|                             |            |                   |                                    |
|-----------------------------|------------|-------------------|------------------------------------|
| ANANDA CRISTINA LIMA CORREA | 01/10/2006 | (     )         - | MATHEUS HENRIQUE DE QUEIROZ CORREA |
|-----------------------------|------------|-------------------|------------------------------------|

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                     |                                         |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 3 6 1 9 3 6 0 7 4 0 4                   |
| 22-Nome do Contratado Estante       | TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA |
| 23-Número no CNO                    | 4550                                    |
| 24-Uf                               | PE                                      |
| 25-Código CNES                      | Enviar - RX<br>(1.82061286-18           |

|                                         |                  |       |                 |                 |
|-----------------------------------------|------------------|-------|-----------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Exercitante     | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S | (1) 82201286-48 |
| TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA | 4550             | PE    |                 |                 |

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

|            |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                    |         |                        |                     |                |
|------------|----------------------------|-----------------------|------------------|----------|---------|-------------------|-----------|------------------------------------|---------|------------------------|---------------------|----------------|
| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição         | 33- Dente/Região | 34- Face | 35- Qtd | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Frequência Co-participação R\$ | 39- Anl | 40- Data de Realização | 41- Motivo da Causa | 42- Assinatura |
| 1-0 0      | 8 1 0 0 0 0 3 0            | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                  | 1        |         | 3 4 , 0 0         |           |                                    |         | 27 / 11 / 2019         |                     | priscila       |

|                         |                   |    |   |           |         |   |    |    |    |     |
|-------------------------|-------------------|----|---|-----------|---------|---|----|----|----|-----|
| 2-0 0 0 8 2 0 0 1 2 8 6 | REMOÇÃO DE DENTES | 18 | 1 | 3 6 1 0 0 | 0 0 0 0 | S | 24 | 04 | 22 | Adm |
| 3-0 0 0 8 2 0 0 1 2 8 6 | REMOÇÃO DE DENTES | 48 | 1 | 3 6 1 0 0 | 0 0 0 0 | S | 24 | 04 | 22 | Adm |

[illegible][illegible][illegible][illegible]

12 \_\_\_\_\_

13 \_\_\_\_\_

14 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

|                                                                                                             |                          |   |                          |   |                          |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento                                                                      | <input type="text"/>     | / | <input type="text"/>     | / | <input type="text"/>     |        |
| 44- Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgencial/Emergência | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3      |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Fracal                                                                  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | Fracal |
| 46-Total Quantidade US                                                                                      | <input type="text"/>     |   |                          | 7 | 5                        | 6      |
|                                                                                                             | <input type="text"/>     |   |                          |   |                          | 0      |
|                                                                                                             | <input type="text"/>     |   |                          |   |                          | 0      |
| 47-Valor Total R\$                                                                                          | <input type="text"/>     |   |                          |   |                          | 0      |
|                                                                                                             | <input type="text"/>     |   |                          |   |                          | 0      |
|                                                                                                             | <input type="text"/>     |   |                          |   |                          | 0      |
| 48-Total Franquia Co-participação R\$                                                                       | <input type="text"/>     |   |                          |   |                          |        |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecida 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 a 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-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante.

27/04/14

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

6/11/2016

52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

4404 448

53-Data local e Carimbo da Empresa

471041122

CIA DO SORRISO