

**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

S/P

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 4066

Competência: 09/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **133,20**

Convênio: Odontolife

2 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
118857	BRENDA CHRISTINE DA SILVA	24/09/21	INGRID FARIAS DOS SANTOS	718058	54,90
118877	BRENDA CHRISTINE DA SILVA	24/09/21	INGRID FARIAS DOS SANTOS	718054	78,30

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/10 4-Data de Autorização 12/04/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9103378 7-Data Validade da Senha 12/03/11 8-Data Validade da Guia 12/02/11

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

13-Nome BRENDA CHRISTINE DA SILVA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano PAULA CRISTIANE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 23/08/2011 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante INGRID FARIAS DOS SANTOS 18-Número no CRO 14714 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1404383805884 22-Nome do Contratado Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS 23-Número no CRO 14714 24-UF PE 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS 27-Número no CRO 14714 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 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	S	24/09/11	Paula
2- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	S	24/09/11	Paula
3- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	S	24/09/11	Paula
4- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	S	24/09/11	Paula
5- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	24/09/11	Paula
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 de Emissão da Guia	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Tratamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$						
24/09/11	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	1 7 4,0 0	10,0 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 Consultado-Dentista 24/09/11 51- Data, local e Assinatura do Consulto-Dentista 24/09/11 52- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 53- Data, local e Cmbio da Empresa 24/09/11 54- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 55- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 56- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 57- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 58- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 59- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 60- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 61- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 62- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 63- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 64- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 65- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 66- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 67- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 68- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 69- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 70- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 71- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 72- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 73- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 74- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 75- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 76- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 77- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 78- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 79- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 80- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 81- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 82- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 83- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 84- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 85- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 86- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 87- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 88- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 89- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 90- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 91- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 92- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 93- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 94- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 95- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 96- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 97- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 98- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 99- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 100- Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 9/12/11	4-Data de Autorização 12/4/10 9/12/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9103382	7-Data Validade da Seria 12/3/11 12/12/11
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

718058
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010202541929200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRENDA CHRISTINE DA SILVA	23/08/2011	14-1 Telefone (11) 95351781	15-Nome do titular do plano PAULA CRISTIANE DA SILVA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INGRID FARIAS DOS SANTOS	18-Número no CRO 14714	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144383805884	22-Nome do Contratado Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS	23-Número no CRO 14714	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante INGRID FARIAS DOS SANTOS		27-Número no CRO 14714	28-UF PE	29-Código CBO S

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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	24/09/11		Paula
2-00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	24/09/11		Paula
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data de Emissão da Guia 24/09/11	44-Tipo do Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Frância	46-Total Quantidade US 12,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/09/11 Ingrid Farias	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/11 Ingrid Farias	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/11 Paula Cristiane da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa COMPANHIA DO SOBRADO
---	---	--	---