

**CIA DO SORRISO**

02.045.239/0004-56

João de Barros, Santo Amaro

Recife - PE, CEP- 53130-410

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8220

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 2016

Competência: 10/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **194,40**

Convênio: Odontolife

3 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
56190	ADINALDO ALVES PEREIRA	25/10/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	756670	64,80
56161	VANESSA MARIA DE CASTILHO	25/10/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	755867	64,80
55026	VERA LUCIA GOMES DE SANTANA	04/10/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	9107309	64,80



719429
INTERCÂMBIO

1- Nome do Paciente: **VERA LUCIA GOMES DE SANTANA**
2- Data de Nascimento: **07/10/1972**
3- Data de Emissão da Guia: **07/10/1972**
4- Data de Autorização: **07/10/1972**
5- Nome da Guia Principal: **9107309**
6- Data Validade da Guia: **12/6/1972**
7- Data Validade da Guia: **12/6/1972**
8- Data Validade da Guia: **12/6/1972**

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: **12/6/1972**

13- Nome: **VERA LUCIA GOMES DE SANTANA**
14- Telefone: **07/10/1972**
15- Nome do titular do plano: **VERA LUCIA GOMES DE SANTANA**
16- Atendimento a RN: **LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO**
17- Nome do Profissional Solicitante: **LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO**
18- Número no CRO: **4876**
19- UF: **PE**
20- Código CBO S: **025 -**
21- Código na Operadora (CNPJ) / CPF: **4328051504110**
22- Nome do Contratado Exatante: **LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO**
23- Número no CRO: **4876**
24- UF: **PE**
25- Código CNES: **4876**
26- Nome do Profissional Exatante: **LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO**
27- Número no CRO: **4876**
28- UF: **PE**
29- Código CBO S: **025 -**
30- Faturar Empresa: **Faturar Empresa**

31- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
32- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
33- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
34- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
35- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
36- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
37- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
38- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
39- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
40- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
41- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
42- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
43- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
44- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
45- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
46- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
47- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
48- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
49- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
50- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
51- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
52- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
53- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
54- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
55- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
56- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
57- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
58- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
59- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
60- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
61- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
62- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
63- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
64- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
65- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
66- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
67- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
68- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
69- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
70- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
71- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
72- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
73- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
74- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
75- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
76- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
77- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
78- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
79- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
80- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
81- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
82- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
83- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
84- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
85- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
86- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
87- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
88- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
89- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
90- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
91- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
92- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
93- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
94- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
95- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
96- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
97- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
98- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
99- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**
100- Descrição: **RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL**

1- Tipo de Tratamento: **1- Tratamento Odontológico**
2- Exame Radiológico: **3- Condição**
3- Tipo de Atendimento: **4- Urgência/Emergência**
4- Tipo de Faturamento: **1- Total 2- Parcial**
5- Total Quantidade US: **144,00**
6- Total Quantidade US: **144,00**
7- Valor Total R\$: **10,00**
8- Total Franquia / Co-participação R\$: **10,00**

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), 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: **04/10/2011**
51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: **04/10/2011**
52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: **04/10/2011**
53- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
54- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
55- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
56- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
57- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
58- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
59- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
60- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
61- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
62- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
63- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
64- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
65- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
66- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
67- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
68- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
69- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
70- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
71- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
72- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
73- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
74- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
75- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
76- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
77- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
78- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
79- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
80- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
81- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
82- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
83- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
84- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
85- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
86- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
87- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
88- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
89- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
90- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
91- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
92- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
93- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
94- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
95- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
96- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
97- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
98- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
99- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**
100- Data local e Campo da Empresa: **04/10/2011**

COMPANHIA DO
SORRISO

756670
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome	ADINALDO ALVES PEREIRA
22/09/1963	
14- Telefone	(())
15- Nome do titular do plano	ADINALDO ALVES PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	18-Número no CRO 4876	19-U-F PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	--------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	4 3 2 8 0 6 5 0 4 1 0
22-Nome do Contratado Executante	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO
23-Número no CRO	4876
24-UF	PE
25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	4876	PE	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-TarifcaCo-participação R\$	39-Aut	40-Lista de Realização
41 - Motivo da exclusão	42-Motivo	43-Motivo	44-Motivo	45-Motivo	46-Motivo	47-Motivo	48-Motivo	49-Motivo	50-Motivo	51-Motivo

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Maior Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
25/11/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-UrgênciaEmergência	1-Total 2-Parcial	144,00	10,00	

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 a arcar com os custos previstos no 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	12/5/11 10/11/21	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/5/11 10/11/21	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/5/11 10/11/21	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	12/5/11 10/11/21	

Cirurgia - Dentista

CR04876

Circurdiã - Dent...

CR0487a

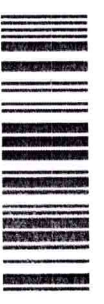
53-Da data, local e Carimbo da Empresa

Copyright © 2011



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Me



755867
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/5/11 01/2/11	4-Dia de Autorização 12/5/11 01/2/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 9214303	7-Data Validade da Santa 2/3/11 01/2/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Numero da Carteira 00020254297690000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/1/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANESSA MARIA DE CASTILHO	24/12/1982	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VANESSA MARIA DE CASTILHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	18-Numero no CRO 4876	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 432806504101	22-Nome do Contratado Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	23-Numero no CRO 4876	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	27-Numero no CRO 4876	28-UF PE	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00					12/5/11	11/2/11	Vanessa Maria de Castilho
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00					12/5/11	11/2/11	Vanessa Maria de Castilho
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00					12/5/11	11/2/11	Vanessa Maria de Castilho
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00					12/5/11	11/2/11	Vanessa Maria de Castilho
5-00														
6-00														
7-00														
8-00														
9-00														
10-00														
11-00														
12-00														
13-00														
14-00														
15-00														

43-Dia Previsto Término do Tratamento 12/5/11 01/2/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	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(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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/5/11 12/11/21 Dr. Ladjane Monteiro	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/11 12/11/21 Dr. Ladjane Monteiro	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/11 12/11/21 Vanessa Maria de Castilho	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 12/5/11 12/11/21 Odontolife
--	--	---	--