



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: 1643

Competência: 03/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **628,80**

Convênio: Odontolife

8 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
32671	CIRLEIDE BORBA SOARES	17/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	497073	134,70
33054	DANIELLE VIEIRA DA SILVA	26/03/21	BEATRIZ BATISTA DA SILVA	508586	10,20
32882	MARCILIO NUNES DOS SANTOS JUNIOR	23/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	499972	179,40
33253	MARCIO FERREIRA DA SILVA	31/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	511340	79,80
33094	MARIA EDUARDA FERREIRA DA SILVA	26/03/21	RAYSA FERNANDA DIAS GOMES NASCIMENTO	508145	36,60
32994	MARIA EDUARDA FERREIRA DA SILVA	24/03/21	BEATRIZ BATISTA DA SILVA	505828	53,40
32655	MONICA LUCIA PEREIRA DA SILVA	17/03/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	489826	98,10
32242	RYSHARD GABRIEL DE LIMA	05/03/21	ALLANA CARLA FELIPE DA SILVA	489494	36,60



508145
INTERCÂMBIO

1-Registro-ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/03/21	4-Data de Autorização 26/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8420891	7-Data Validade da Senha 22/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202536398600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome: MARIA EDUARDA FERREIRA DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCILIO NUNES DOS SANTOS JUNIOR
---	----------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAYSA FERNANDA DIAS GOMES NASCIMENTO	18-Número no CRO 14158	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	--

21-Operadora / CNPJ / CPF 10118576429	22-Nome do Contratado Executante RAYSA FERNANDA DIAS GOMES NASCIMENTO	23-Número no CRO 14158	24-UF PE	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RAYSA FERNANDA DIAS GOMES NASCIMENTO	27-Número no CRO 14158	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	26/03/21		maria
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	26/03/21		maria
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização Término do Tratamento 26/03/21	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra. Rayssa Dias Cirurgiã Dentista CRO-PE 14158	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Rayssa Dias Cirurgiã Dentista CRO-PE 14158	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável MARCILIO NUNES DOS SANTOS JUNIOR	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/03/2021
----------------	--	--	---	---

COMPANHIA DO SORRISO



489494
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/21	4-Data de Autorização 04/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8349651	7-Data Validade da Senha 01/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531314200000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RYSARD GABRIEL DE LIMA		14-Telefone 26/08/2012 () 9927-0680	15-Nome do titular do plano NIEDJA LIMA CRISPIM		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALLANA CARLA FELIPE DA SILVA		18-Número no CRO 13808	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11662576498	22-Nome do Contratado Executante ALLANA CARLA FELIPE DA SILVA		23-Número no CRO 13808	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALLANA CARLA FELIPE DA SILVA		27-Número no CRO 13808	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	04/03/21		Niedja
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	61,00	0,00		S	04/03/21		Niedja
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/03/21	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima 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 04/03/21 Dra. Allana Carla Cirurgiã-Dentista CRO-PE-13.808	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/21 Dra. Allana Carla Cirurgiã-Dentista CRO-PE-13.808	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/21 Niedja Lima Crispim	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 04/03/21 Dra. Allana Carla Cirurgiã-Dentista CRO-PE-13.808
---------------	--	--	--	---



489826
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/21	4-Data de Autorização 17/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8351145	7-Data Validade da Senha 01/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535757800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MONICA LUCIA PEREIRA DA SILVA	14-Telefone 01/07/1973	15-Nome do titular do plano MONICA LUCIA PEREIRA DA SILVA
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 - Faturar Empresa
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 Enviar - RX (I) 85100200
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-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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Monica
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Monica
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Monica
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Monica
5-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/03/21		Monica
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	17/03/21		Monica
7-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PM	1	88,00	0,00		S	17/03/21		Monica
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/03/21	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 327,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/03/21 Tercia Maria Napolés Medeiros Filgueira CPF: 361.936.074-04 CRO: 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/03/21 Tercia Maria Napolés Medeiros Filgueira CPF: 361.936.074-04 CRO: 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/03/21 Monica Lucia Pereira da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/03/21 COMPANHIA DO SORRISO
--	--	---	--



497073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/21	4-Data de Autorização 17/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8379202	7-Data Validade da Senha 09/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536264300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CIRLEIDE BORBA SOARES 03/11/1960		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CIRLEIDE BORBA SOARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 - Faturar Empresa
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	
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-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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Cirleide
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Cirleide
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Cirleide
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Cirleide
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	17/03/21		Cirleide
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00		S	17/03/21		Cirleide
7-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	61,00	0,00		S	17/03/21		Cirleide
8-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	17/03/21		Cirleide
9-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	17/03/21		Cirleide
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/03/21	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 449,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/03/21 Tercia Maria Napolés Medeiros Filgueira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/03/21 Tercia Maria Napolés Medeiros Filgueira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/03/21 Cirleide Borba Soares	53-Data, local e Carimbo da Empresa COMPANHIA DO SORRISO
---	---	---	---



499972
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/03/21	4-Data de Autorização 23/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8389696	7-Data Validade da Senha 14/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536398600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCILIO NUNES DOS SANTOS JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCILIO NUNES DOS SANTOS JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 8 025 - Faturar Empresa
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 Envir - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		27-Número no CRO 4550	28-UF PE	29-Código CBO 8 (I) 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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
7-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
8-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
9-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
10-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
11-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/03/21		Marcil
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/03/21	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 598,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/03/21 Drª Tercia Napoles Cirurgiã Dentista CPF: 361.936.074-04 CRO: 4550	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/03/21 Drª Tercia Napoles Cirurgiã Dentista CPF: 361.936.074-04 CRO: 4550	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/03/2021 Marcilio Nunes dos Santos Junior	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/03/21 COMPANHIA DO SORRISO
--	--	--	---



511340
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 3 1 / 0 3 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8434545	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 6 / 2 1
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 6 7 2 2 9 0 0 0 0 1 0 1		13-Nome MARCIO FERREIRA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO FERREIRA DA SILVA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 6 1 9 3 6 0 7 4 0 4		22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		23-Número no CRO 4550	24-UF PE
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-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 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6 1, 0 0	0, 0 0		S	3 1 / 0 3 / 2 1		x
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	6 1, 0 0	0, 0 0		S	3 1 / 0 3 / 2 1		x
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6, 0 0	0, 0 0		S	3 1 / 0 3 / 2 1		x
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6, 0 0	0, 0 0		S	3 1 / 0 3 / 2 1		x
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6, 0 0	0, 0 0		S	3 1 / 0 3 / 2 1		x
6-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6, 0 0	0, 0 0		S	3 1 / 0 3 / 2 1		x
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 3 1 / 0 3 / 2 1	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 2 6 6, 0 0	47-Valor Total R\$ 0, 0 0	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
3 1 / 0 3 / 2 1
Drª Tercia Nápoles
Cirurgiã-Dentista
CPF: 361.936.074-04
CRO: 4550

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
3 1 / 0 3 / 2 1
Drª Tercia Nápoles
Cirurgiã-Dentista
CPF: 361.936.074-04
CRO: 4550

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

3 1 / 0 3 / 2 1
Márcio Ferreira da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa

3 1 / 0 3 / 2 1

COMPANHIA DO SORRISO



505828
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/03/21	4-Data de Autorização 24/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8411912	7-Data Validade da Senha 20/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536398600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA EDUARDA FERREIRA DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCILIO NUNES DOS SANTOS JUNIOR
--	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ BATISTA DA SILVA	18-Número no CRO 14223	19-UF PE	20-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

025 -
Faturar Empresa

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 0647861450	22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ BATISTA DA SILVA	23-Número no CRO 14223	24-UF PE	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante BEATRIZ BATISTA DA SILVA	27-Número no CRO 14223	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	24/03/21		1 Maria
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/03/21		2 Maria
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/03/21		3 Maria
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/03/21		4 Maria
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/03/21		5 Maria
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/03/21	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 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 24/03/21	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 24/03/21
---	---	---	---

COMPANHIA DO SORRISO

Dr. Beatriz Batista da Silva
Cirurgião - Dentista
CRO-PE Nº 223

Dr. Beatriz Batista da Silva
Cirurgião - Dentista
CRO-PE Nº 223

54-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/03/21



508586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2021	4-Data de Autorização 26/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8422816	7-Data Validade da Senha 23/06/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535605700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELLE VIEIRA DA SILVA	14-Telefone 16/10/1981	15-Nome do titular do plano DANIELLE VIEIRA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ BATISTA DA SILVA	18-Número no CRO 14223	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06478614450	22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ BATISTA DA SILVA	23-Número no CRO 14223	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BEATRIZ BATISTA DA SILVA	27-Número no CRO 14223	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-	00810000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/03/21		Danielle
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/03/21	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/03/21 Danielle Vieira da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/03/2021
---	---	--	---

COMPANHIA DO SORRISO