



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

9/10

S 148-610
27/9/21

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1961

Competência: 09/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **176,85**

Convênio: Odontolife

1 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
54294	VERA LUCIA GOMES DE SANTANA	20/09/21	LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	707220	176,85



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



3-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2019	4-Data de Autorização 11/07/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9086572	7-Data Validade da Senha 11/06/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01012012514172715010101011	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 707220 INTERCÂMBIO
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome VERA LUCIA GOMES DE SANTANA	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA GOMES DE SANTANA
--	--------------------	--

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4321806504110	22-Nome do Contratado Executante LADJANE DOS SANTOS MONTEIRO	23-Número no CRO 4876	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100226 (1) 85100226 (1) 85100200
--	---	--------------------------	-------------	---

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Medior	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVPM	1	1221010	101010			11/08/2019		
2-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDPI	1	1221010	101010			11/08/2019		
3-010	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	81010	101010			11/08/2019		
4-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	1611010	101010			11/08/2019		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/08/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 13931010	47-Valor Totál R\$ 101010	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 1111
--	--	---	------------------------------------	------------------------------	---

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2019 Dra. Ladjane Monteiro Cirurgiã - Dentista CRO 4876	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2019 Dra. Ladjane Monteiro Cirurgiã - Dentista CRO 4876	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2019 Vera Lucia Cirurgiã - Dentista CRO 4876	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/2019 Carimbo da Empresa CRO 4876
---	---	--	---