

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1444

Competência: 11/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **1.232,55**

Convênio: Odontolife

15 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
38138	ALESON MENDES DA SILVA	11/11/21	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	747793	81,00
38725	ANA KARLA BARROS E SILVA	22/11/21	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	767764	81,00
38211	ECHILY VALESKA SOARES SURUAGY	12/11/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	778355	105,75
38525	EDVANIA RITA DA SILVA	18/11/21	NADJA DE OLIVEIRA PAULA	779272	82,35
39043	EDVANIA RITA DA SILVA	25/11/21	NADJA DE OLIVEIRA PAULA	786150	64,80
38237	EDVANIA RITA DA SILVA	12/11/21	NADJA DE OLIVEIRA PAULA	748740	107,55
38158	ELINETE DE OLIVEIRA PORTELA	11/11/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	777534	54,90
38090	IZAIAS JOSE DA SILVA	10/11/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	775799	54,90
37547	IZAIAS JOSE DA SILVA	03/11/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	756129	109,80
39332	JACIARA ROSA DA SILVA	30/11/21	SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO	793953	65,70
38170	JESSICA THAYS DA SILVA SANTOS	11/11/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	777613	78,30
37944	ROBSON NEGROMONTE VASCONCELOS	09/11/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	773494	80,10
38209	VANESSA SOARES SURUAGY	12/11/21	DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	778347	119,70
38728	WILLIMBERG RODRIGUES DA SILVA	22/11/21	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	778117	65,70
38196	WILLIMBERG RODRIGUES DA SILVA	11/11/21	NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	772789	81,00



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 11/21	4-Data de Autorização 10/09/11 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 9269364	7-Data Validade da Senha 10/07/10 12/12
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 000202504908500760601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ROBSON NEGROMONTE VASCONCELOS	05/05/1972	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROBSON NEGROMONTE VASCONCELOS
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	18-Numero no CRO 14429	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1701165877464	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Numero no CRO 14429	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Numero no CRO 14429	28-UF PE	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denier/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030			1	34	00		09	11/21		
2	00	85300047			1	36	00		09	11/21		
3	00	85300047			1	36	00		09	11/21		
4	00	85300047			1	36	00		09	11/21		
5	00	85300047			1	36	00		09	11/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/11/2021	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\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/2021 DANDHARA ALMEIDA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Cirurgião 09/11/2021 DANDHARA ALMEIDA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2021 ROBSON NEGROMONTE VASCONCELOS	53-Data, local e Cartão da Empresa 09/11/2021 CIA DOS SORRISOS LTDA
--	--	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/1111/211	4-Data de Autorização 11/01/1111/211	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9276621	7-Data Validade da Semeta 10/81/1021/212
---------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 100202541210100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/1111/111	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome IZAIAS JOSE DA SILVA	28/04/1977	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IZAIAS JOSE DA SILVA
---------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	18-Número no CRO 14429	19-UF PE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1701165877464	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Número no CRO 14429	24-UF PE
25-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Número no CRO 14429	28-UF PE	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Ciossa	42-Assinatura
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 Ciossa	42-Assinatura						
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	61,00	0,00	10,00	11/11/21	10,00	11/11/21	10,00						
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	10,00	11/11/21	10,00	11/11/21	10,00						
3-1																		
4-1																		
5-1																		
6-1																		
7-1																		
8-1																		
9-1																		
10-1																		
11-1																		
12-1																		
13-1																		
14-1																		
15-1																		

3-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação
10/11/2021		☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2021	44-Tipo de Atendimento 1-1-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\$ 10,00	48-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), 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.

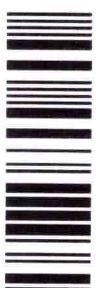
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2021 PE 14.429	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2021 PE 14.429	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2021 São José da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2021 MADDO SORRISO LTDA
---------------	---	---	---	--



888.044.222.3333

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2021	4-Data de Autorização 11/11/2021	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9282187	7-Data Validade da Sentença 10/10/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

777534
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020254246940000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2021
--------------------------------------	--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELINETE DE OLIVEIRA PORTELA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELINETE DE OLIVEIRA PORTELA
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI
18-Número no CRO 14429	19-UF PE
20-Código CBO S 025 -	21-Código CNES Faturar Empresa

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 170165877464	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Número no CRO 14429	24-UF PE	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Número no CRO 14429	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	43	1	6 1 0 0	0 0 0		S	11/11/21		Elaine
2-	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P 1	6 1 0 0	0 0 0		S	11/11/21		Elaine
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prescrição: Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento: 1-Total 2-Parcial 45-Tipo de Fraturamento: 46-Total Quantidade US: 1 2 2 0 0 47-Valor Total R\$: 0 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$: 0 0 0 0												

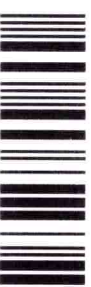
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2021	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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(ram) 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	
--	--

49-Observação	50-Data local e Assinatura do Beneficiário 11/11/2021	51-Data local e Assinatura do Operador Dentista 11/11/2021	52-Data local e Assinatura do Profissional Responsável 11/11/2021	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/2021
---------------	--	---	--	--

Portela

ADDSORRISOLTA



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/21	4-Data de Autorização 11/11/11 11/21	5-Serina AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 9282321	7-Data Validade da Serina 09/10/2012
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

777613
INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira 0002025439720000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/21	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JESSICA THAYS DA SILVA SANTOS	14/06/2005	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAFAELA HONORATO DOS SANTOS
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	18-Numero no CRO 14429	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
---	--	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170165877464	22-Nome do Contratado Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	23-Numero no CRO 14429	24-UF PE	25-Código CNES	Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI	27-Numero no CRO 14429	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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	11/11/21		Edvan
2-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00	0,00		S	11/11/21		Edvan
3-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00	0,00		S	11/11/21		Edvan
4-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00	0,00		S	11/11/21		Edvan
5-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00	0,00		S	11/11/21		Edvan
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2011	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 1174,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2011 Dr. Dandhara Almeida	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Togado Dentista 11/11/2011 Dr. Dandhara Almeida	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011 Edvanica	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2011 CADO SORRISO LTDA.
--	--	--	--

Rita da Silva



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9197557	7-Data Validade da Sentença 19/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

747793
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202542466700000101	9-Banco POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALESON MENDES DA SILVA	30/05/1997	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALESON MENDES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	18-Número no CRO 11741	19-UF PE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10138046433	22-Nome do Contratado Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	23-Número no CRO 11741	24-UF PE
25-Nome do Profissional Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	27-Número no CRO 11741	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 Clica	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor							
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	0,00	0,00				11/11/12		
2-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	25	1		73	0,00	0,00				11/11/12		
3-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	36	1		73	0,00	0,00				11/11/12		
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/12	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 180,00	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) 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 11/11/12 Dr. Natalie Cunha Cirurgião Dentista CNPJ 11721	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/12 Dr. Natalie Cunha Cirurgião Dentista CNPJ 11721	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12 Aleison Mendes da Silva Aleison Mendes da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/12 CIADO SORRISOLTD
--	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



772789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 926717	7-Data Validade da Sereta 10/06/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

8-Dados do Beneficiário 00020254238290000101	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
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome WILLIMBERG RODRIGUES DA SILVA	03/02/1988	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano WILLIMBERG RODRIGUES DA SILVA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	18-Número no CRO 11741	19-UF PE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110138046433	22-Nome do Contratado Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	23-Número no CRO 11741	24-UF PE
25-Código CNES	26-Valor 025 -	27-Número no CRO 11741	28-UF PE
29-Código CBO S	30-Franquia Co-participação R\$	31-Data de Realização	32-Assinatura

25-Nome do Profissional Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	27-Número no CRO 11741	28-UF PE	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Índice	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 Guisa	42-Assinatura
1-00	8200859	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	1	73,00	0,00	0,00	11/11	11/11	11/11	us
2-00	8200859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	1	73,00	0,00	0,00	11/11	11/11	11/11	us
3-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	11/11	11/11	11/11	us
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 180,00	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

CAIO SORRISO LTDA



REGISTRO EM 13/05/2011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 12:11	4-Data de Autorização 11/12/11 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9200350	7-Data Validação da Senha 11/01/12 12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

748740
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020254250940000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

13-Nome
EDVANIA RITA DA SILVA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone
() - - - - -

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
EDVANIA RITA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante NADJA DE OLIVEIRA PAULA
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02850061425	22-Nome do Contratado Executante NADJA DE OLIVEIRA PAULA
--	---

18-Número no CRO 13475	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
NADJA DE OLIVEIRA PAULA

23-Número no CRO 13475	24-UF PE	25-Código CNES
---------------------------	-------------	----------------

27-Número no CRO
13475

28-UF
PE

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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 Causa	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,0	0,0	0	12/11/21	Edvania	Edvania
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	12/11/21	Edvania	Edvania
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	12/11/21	Edvania	Edvania
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	12/11/21	Edvania	Edvania
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	12/11/21	Edvania	Edvania
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6,1	10,0	0,0	0	12/11/21	Edvania	Edvania
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/21	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 239,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2021 Cirurgião Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2021 Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/21
--	--	---	---

CRO-PE 13475

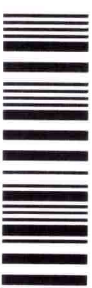
CRO-PE 13475

Edvania Rita da Silva



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/11 11/21	4-Data de Autorização 11/21/11 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9284597	7-Data Validade da Senha 11/01/10 12/12/12
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

778347
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020254349970000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------------

13-Nome VANESSA SOARES SURUAGY

14-Telefone (11) 11111111

15-Nome do titular do plano VANESSA SOARES SURUAGY

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI
--------------------------	---

18-Número no CRO 14429	19-UF PE
---------------------------	-------------

20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 70165877464
--

22-Nome do Contratado Excitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI

23-Número no CRO 14429	24-UF PE
---------------------------	-------------

25-Código CNES (1) 85100200

26-Nome do Profissional Excitante DANDHARA MARIA DE ALMEIDA CAVALCANTI

27-Número no CRO 14429	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1-00	1000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	11/11/11	1	
2-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	1	
3-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	1	
4-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	1	
5-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	1	
6-00	185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21 MP	1	1	88,00	0,00	0,00	1	12/11/11	1	
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Revisão Termo do Tratamento 12/11/11	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 266,00	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 Contratado Responsável 12/11/11 Dandhara Almeida CRO-PE 14429	51-Data, Local e Assinatura do Contratado Excitante 12/11/11 Dandhara Almeida CRO-PE 14429	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 Dandhara Almeida CRO-PE 14429	53-Data, Local e Campo da Empresa 12/11/11 SORRISO Sorriso
--	--	--	--

2-N₂778355
INTERCÂMBIO

010

ude

Responsável pelo Tratamen

Procedimientos Solicitados

41- Movimento da Gloriosa Revolução

te e arcar com os custos p
que assina esse documento

ADO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/21	4-Data de Autorização 22/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9252103	7-Data Validade da Senha 02/10/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

767764
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020254299380000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA KARLA BARROS E SILVA		12/08/1976		15-Nome do titular do plano ANA KARLA BARROS E SILVA	

16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	18-Número no CRO 11741	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10138046433		22-Nome do Contratado Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	23-Número no CRO 11741	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA		27-Número no CRO 11741		28-UF PE	29-Código CBO S

30-Índice	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 Guisa	42-Assinatura
1	00	8200875	EXODONTIA SIMPLES DE	14	1	73,00	0,00	0,00	S	22/11/21	Blue Karla	Blue Karla
2	00	8200875	EXODONTIA SIMPLES DE	23	1	73,00	0,00	0,00	S	22/11/21	Blue Karla	Blue Karla
3	00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	S	22/11/21	Blue Karla	Blue Karla
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Permissão / Término do Tratamento 22/11/21	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 180,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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

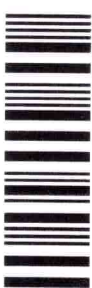
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/21 Cirurgiã Dentista CRO-PE 17724	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/21 Cirurgiã Dentista CRO-PE 17724	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/21 Ana Karla B.	53-Data local e Carimbo da Empresa 23/11/21 CADO SORRISO
---	---	--	--



Marquinhos para você 2009

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/21	4-Data de Autorização 12/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9283921	7-Data Validade da Senha 10/10/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

778117
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 00202542382900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome WILLIMBERG RODRIGUES DA SILVA	03/02/1988	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano WILLIMBERG RODRIGUES DA SILVA
--	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	18-Número no CRO 11741	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10138046433	22-Nome do Contratado Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	23-Número no CRO 11741	24-UF PE	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante NATALIE MARIA DA SILVA CUNHA	27-Número no CRO 11741	28-UF PE	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	73,00	0,00		S	28/11/21		WDS
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	1	73,00	0,00		S	28/11/21		WDS
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão término do Tratamento 22/11/21	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 146,00	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) 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 22/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 22/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/21
---	---	---	---

CIADO SORRISO

RECEITUÁRIO

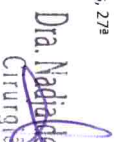
PARA: Ordem de Alta de Alve

Postule Live

Foi realizado no dia 25/33/2021 a remoção do tecido gengival (Gengivectomia) no paciente Odineide Pile de Alve. Devido a distensão excessiva do dente 35 por duas semanas, o tecido gengival sofreu a morte do dente em proporção à remoção da qualquer procedimento ortodôntico.

Deck 25/33/2021.

Av. Antonio de Góes, 279
Pina- Recife


Dra. Nadia de Oliveira Paula
Cirurgiã Dentista
CRM 30.000/PE



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/09/2021

4-Data de Autorização
25/11/2021

5-Semina
AUTORIZADO

6-Numero da Guia Principal
9309946

7-Data Validade da Semina
17/02/2022

786150
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira
02020254250940000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EDVANIA RITA DA SILVA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
EDVANIA RITA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
NADJA DE OLIVEIRA PAULA

18-Numero no CRO
13475

19-UF
PE

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
02850061425

22-Nome do Contratado Executante
NADJA DE OLIVEIRA PAULA

23-Numero no CRO
13475

24-UF
PE

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
NADJA DE OLIVEIRA PAULA

27-Numero no CRO
13475

28-UF
PE

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabella	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 Causa	42-Assinatura
1-00	82000921	GENGIVECTOMIA	S3	1	1	44,00	0,00					Edvania Rita da Silva
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
25/11/2021

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
144,00

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

Dra. Nadja de Oliveira Paula

Dra. Nadja de Oliveira Paula

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
25/11/2021, Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/11/2021, Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
25/11/2021, Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/11/2021

CIADO SORRISO

Edvania Rita da Silva

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



793953
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 11:21	4-Data de Autorização 13/01/11 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9332809	7-Data Validade da Senha 12/21/01 21:21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01020254139350000101	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
13-Nome JACIARA ROSA DA SILVA	16/06/1984	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano JACIARA ROSA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO	18-Número no CRO 13653	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170260922439	22-Nome do Contratado Executante SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO	23-Número no CRO 13653	24-UF PE	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SARAH DINIZ BARRETO SAMPAIO	27-Número no CRO 13653	28-UF PE	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Índice	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 Glisa	42-Assinatura
1-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	28	1	73	0,00	0,00		S	30/11/11	21	✓
2-00	82000816	EXODONTIA A RETALHO	48	1	73	0,00	0,00		S	30/11/11	21	✓
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/01/11 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 146,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/11 21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/11 21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/11 21	53-Data, local e Cambo da Empresa 13/01/11 21
--	--	--	--

CIADO SORRISO