

**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: 2097

Competência: 10/2021

Tipo: Odontológico

Valor Total: **1.480,05**

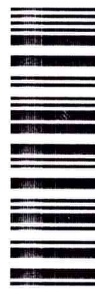
Convênio: Odontolife

11 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
43024	AMANDA PERGENTINO DE SANTANA	13/10/21	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	732020	82,35
42582	AMANDA PERGENTINO DE SANTANA	04/10/21	MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	720169	189,90
43215	CLOVIS LUIZ FERREIRA FILHO	16/10/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	735595	135,00
43919	DOUGLAS JOSE DA SILVA	27/10/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	760269	107,55
42490	JAILSON COSTA NUNES	01/10/21	BEATRIZ BATISTA DA SILVA	718024	189,90
43842	JAILSON COSTA NUNES	26/10/21	NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO	745872	171,45
42787	JOAS CRISPIM DA CRUZ	07/10/21	ELMA MARIANA VERCOSA DE MELO SILVA	729297	39,15
43843	MARIA CLARA NUNES DA SILVA	26/10/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	746457	97,65
44003	MARIA CLARA NUNES DA SILVA	28/10/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	758910	63,00
43820	PAULO DOS SANTOS SIFRONIO	26/10/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	746465	135,00
42492	TAIZA CRISTINA FERREIRA DA SILVA	01/10/21	BEATRIZ BATISTA DA SILVA	717999	269,10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2019	4-Data de Autorização 12/07/2019	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9103321	7-Data Validade da Semeta 12/03/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1001201254210757010101011011	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
JAILSON COSTA NUNES

14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular / 1.º Plano JAILSON COSTA NUNES
------------------------------	---

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 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 106478614450111	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-Fraco	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	00018101000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	0,10			10/11/21		Jailson
2	00018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	16,10	0,10			10/11/21		Jailson
3	00018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	16,10	0,10			10/11/21		Jailson
4	00018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	16,10	0,10			10/11/21		Jailson
5	00018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	16,10	0,10			10/11/21		Jailson
6	000185110001961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,10	0,10			10/11/21		Jailson
7	000185110001961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,10	0,10			10/11/21		Jailson
8	000185110001961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,10	0,10			10/11/21		Jailson
9	000185110001961	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,10	0,10			10/11/21		Jailson
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/21	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 422,10	47-Valor Total R\$ 0,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,10
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/21
---	---	---	---

Dr. Beatriz Batista da Silva
Cirurgião-Dentista
CRO-PE 14223

Dr. Beatriz Batista da Silva
Cirurgião-Dentista
CRO-PE 14223

Jailson

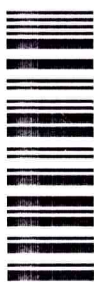
COSTA NUNES

COMPANHIA DO SORRISO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



717999
INTERCÂMBIO

Identificação para vouch SORIS

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2019	4-Data de Autorização 12/07/2019	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9103280	7-Data Validade da Semha 12/31/2021
---------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012012542017577010101011012	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 TAIZA CRISTINA FERREIRA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JAILSON COSTA NUNES
---	------------------------------	--

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 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101647861144510111	22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ BATISTA DA SILVA	23-Número no CRO 14223	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
---	--	---------------------------	-------------	---

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1	0010181101000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
2	0010185301000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
3	0010185301000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
4	0010185301000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
5	0010185301000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
6	0010185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	16,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
7	0010185110022010	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	8,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
8	0010185110022010	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	8,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
9	0010185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	16,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
10	0010185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	16,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
11	0010185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	16,00	10,00		SI	01/10/21		Taiza
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/11/2021		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 598,00		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), folio(s) 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 Taiza Batista da Silva	51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/11/2021 Taiza Batista da Silva	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2021 Taiza Batista da Silva	53-Data local e Carimbo da Empresa 02/11/2021 COMPANHIA DO SORRISO
---	---	---	---

Dra. Beatriz Batista da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO-PE 14223

Dra. Beatriz Batista da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO-PE 14223

F. da Silva



2. No.

720169
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

AMANDA PERGENTINO DE SANTANA

18-Número no CRO 14979	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
---------------------------	-------------	--------------------------

23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
14979	PE	

14979	PE	25-Coupled CBO 5
-------	----	------------------

Abstract

social and participatory research

c	c	/	c	/
---	---	---	---	---

ISSN 0950-0804

2009

1400

2022年11月

c	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Still More

Summary

2
2
—
O
O

20

2025/01/27

[illegible]

II
II
I
II
I
II

—

2012

2017/11

三三三三三

25

[illegible]Representações do profissional assistente

2011



403

732020

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

AMANDA PERCENTINO DE SANTANA

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA EDUARDA CUNHA ALVES
--------------------------	--

26-Nome do Profissional Executante	Z-Número no CRO	Zona
MARIA EDUARDA CUNHA ALVES	14979	PE

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados43-Data Previsão Término do Tratamento

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.

COMPANHIA DO SORRISO

50-Data local e Assinatura do Curador(a) Beneficiário(a)	51-Data local e Assinatura do Curador(a) Beneficiário(a)	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
11/3/11 10/20/2011 Eduarda Vasconcelos Dentista	11/3/11 10/20/2011 Marta Edla Dentista	11/3/11 10/20/2011 Liliane Liliane	11/3/11 10/20/2011 Liliane Liliane

insalvável		53-Data: local e Cambio da Empresa
penda		11/12/1992 11/12/92
Argentino de Santa na		



REG-01-000001-03-10-15-2007

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/15/11 10/12/11	4-Data de Autorização 10/15/11 10/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9139189	7-Data Validade da Sentença 10/13/10 11/12/12
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/012/012513113114121010101110121	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 729297 INTERCÂMBIO
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome JOAS CRISPIM DA CRUZ	14/10/1976	14-Teléfono (11) 9191271106810	15-Nome do titular do plano NIEDJA LIMA CRISPIM
---------------------------------	------------	-----------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante ELMA MARIANA VERCOSA DE MELO SILVA	18-Número no CRO 10051	19-UF PE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101818176364610111	22-Nome do Contratado Executante ELMA MARIANA VERCOSA DE MELO SILVA	23-Número no CRO 10051	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante ELMA MARIANA VERCOSA DE MELO SILVA	27-Número no CRO 10051	28-UF PE	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mostrar da Glosa	42-Assinatura
1-	010181101014211	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	10,00	10,00	10,00	10/10/11		Joas
2-	0101812010108116	EXODONTIA A RETALHO	48	1	1	73,00	10,00	10,00	10,00	10/10/11		Joas
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/11/10/11	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 817,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	---	--	----------------------------------	-----------------------------	--

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

50-Data, local e Assinatura de Solicitante

50-Data, local e Assinatura de Solicitante 01/11/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/10/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/10/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/11/10/11
---	--	--	---

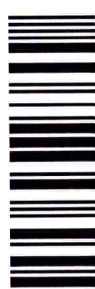
Elma Mariana Vercosa de Melo Silva
Cirurgia Bucodentofacial
CRO-PE 10.051

Elma Mariana Vercosa de Melo Silva
Cirurgia Bucodentofacial
CRO-PE 10.051

Joas Crispim da Cruz
COMPANHIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



735595
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/09/11 3-Data de Autorização 11/3/11 4-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9159052 7-Data Validade da Guia 10/17/11

8-Número da Carteira 10102025411171010101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número de Cadastro Nacional de Saúde

13-Nome CLOVIS LUIZ FERREIRA FILHO 14-Teléfono 25/10/1964 15-Nome do titular do plano CLOVIS LUIZ FERREIRA FILHO

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 1361193607404 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-010	8110000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11		3141010	1010101			10/10/11		
2-1010	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	11	1611010	1010101			10/10/11		
3-1010	8511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	11	1611010	1010101			10/10/11		
4-1010	8513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	361010	1010101			10/10/11		
5-1010	8513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	361010	1010101			10/10/11		
6-1010	8513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	361010	1010101			10/10/11		
7-1010	8513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	361010	1010101			10/10/11		
8-1111												
9-1111												
10-1111												
11-1111												
12-1111												
13-1111												
14-1111												
15-1111												

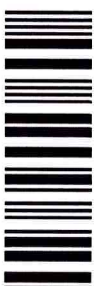
43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 310101010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Totál Franquia / Co-participação R\$

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: 10/10/11 Dr. Tercia Napoles Cirurgião Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/10/11 Dr. Tercia Napoles Cirurgião Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/10/11 CLOVIS LUIZ FERREIRA FILHO 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/10/11 CLOVIS LUIZ FERREIRA FILHO 54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/10/11 CLOVIS LUIZ FERREIRA FILHO

COMPANHIA DO SORRISO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 10/12/11 4-Data de Autorização 12/01/11 10/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9191500 7-Data Validade da Senha 11/01/11 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021021514210715171010101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JAILSON COSTA NUNES 14-Teléfono (11) 11111111 15-Nome do titular do plano JAILSON COSTA NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a R/N NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO 18-Número no CRO 9749 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1018103103121514141111 22-Nome do Contratado Executante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO 23-Número no CRO 9749 24-UF PE 25-Código CNES Enviar - RX (1F) 8520140-24

26-Nome do Profissional Executante NATHALIA MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO 27-Número no CRO 9749 28-UF PE 29-Código CBO S (1) 81000421-RPSE

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 1 8 5 2 0 0 1 4 0 1		TRATAMENTO ENDODONTICO	24	1	1	3 13 10 10	10 10 10			11/10/11		Jailson
2- 0 0 1 8 1 0 1 0 0 4 2 1 1		RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14 10 10	10 10 10			11/10/11		Jailson
3- 0 0 1 8 1 0 1 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 10 10	10 10 10			11/10/11		Jailson
4- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
5- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
6- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
7- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
8- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
9- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
10- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
11- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
12- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
13- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
14- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
15- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
43-Data Prevista Término do Tratamento 16/11/2011	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 1381,00	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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/2011 Jailson Costa Nunes

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2011 Jailson Costa Nunes

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2011 Jailson Costa Nunes

53-Data, local e Cartão da Empresa 12/01/2012 COMPANHIA DO SODIPRON

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



746457
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/10/12/11	4-Data de Autorização 12/06/11/10/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9193248	7-Data Validade da Senha 11/08/11/10/12/12
---------------------------------	--	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 101012012151412017151710101010110131	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA CLARA NUNES DA SILVA				
14-Telefone (11) 11111111				
15-Nome do titular do plano JAILSON COSTA NUNES				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RNI N	17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1361193607404111	22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES Faturar Empresa
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- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Molho da Gloriosa	42- Assinatura
1-	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	11	34	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
2-	010	RESTAURAÇÃO RESINA		1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
3-	010	RESTAURAÇÃO RESINA		1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
4-	010	RESTAURAÇÃO RESINA		1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
5-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
6-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
7-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
8-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
9-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
10-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
11-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
12-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
13-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
14-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10
15-	010			1	11	16	10,00		11	12/01/10	21	11/11/10

43-Data Prescrição Término do Tratamento 12/01/10/11/11	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 1217,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total 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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/10/11/11 Cirurgia Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/10/11/11 Cirurgia Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/10/11/11 Tercia Maria Napolles	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/01/10/11/11 COMPANHIA DO SORRISO
--	--	--	--

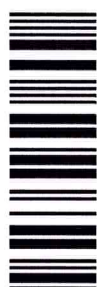
CPF: 361.936.074-04

CPF: 361.936.074-04

Fo da Silva

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º

1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
12/01/10 11/214-Data de Autorização
12/01/10 11/215-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
91932567-Data Validade da Senha
18/10/11 11/21746465
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 2 10 2 5 4 2 10 7 5 7 10 10 10 10 11 0 49-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PAULO DOS SANTOS SIFRONIO14-Telefone
(11) 1111111115-Nome do titular do plano
JAILSON COSTA NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA18-Número no CRO
455019-UF
PE20-Código CBO S
025 -21-UF
PE22-Código CNES
Faturar Empresa23-Código na Operadora / CNPJ / CPF
13 6 1 19 3 6 0 7 4 0 4 1 1 124-Nome do Contratado Executante
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA25-Número no CRO
455026-UF
PE27-Código CBO S
025 -

28-Nome do Profissional Executante

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

29-Número no CRO
455030-UF
PE31-Código CBO S
025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	34- F-ção	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aliq	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0 1 8 1 0 1 0 0 3 1 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	0,00			11/10/10		PAULO
2- 10 0 1 8 5 3 10 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	13,60	0,00			11/10/10		PAULO
3- 10 0 1 8 5 3 10 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	13,60	0,00			11/10/10		PAULO
4- 10 0 1 8 5 3 10 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	13,60	0,00			11/10/10		PAULO
5- 10 0 1 8 5 3 10 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	13,60	0,00			11/10/10		PAULO
6- 10 0 1 8 5 1 10 0 1 9 16		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	16,10	0,00			11/10/10		PAULO
7- 10 0 1 8 5 1 10 0 1 9 16		RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	16,10	0,00			11/10/10		PAULO
8- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
9- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
10- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
11- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
12- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
13- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
14- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
15- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
43- Data Previsão término do tratamento 12/01/10 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 310,00 0,00												
47- Valor Total R\$ 0,00 0,00												
48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00 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.

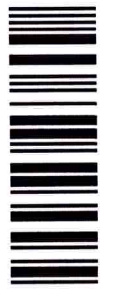
49- Observação

50- Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante
12/01/10 11/11
Dr. Tercia Maria Napolés Medeiros Filgueira
CPF: 01.932.560-01
Cirurgião Dentista
51- Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista
12/01/10 11/11
Dr. Tercia Maria Napolés Medeiros Filgueira
CPF: 01.932.560-01
Cirurgião Dentista
52- Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/10 11/11
Paulo dos Santos Sifronio
CPF: 301.932.560-01
53- Data Local e Assinatura do Beneficiário
12/01/10 11/11
Paulo dos Santos Sifronio
CPF: 301.932.560-01
Cirurgião Dentista
54- Data Local e Assinatura do Beneficiário
12/01/10 11/11
Paulo dos Santos Sifronio
CPF: 301.932.560-01
Cirurgião Dentista



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{da}



760269
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 10:12:11	4-Data de Autorização 12/7/11 10:12:11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9228502	7-Data Validade da Seria 12/5/10 11:21:21
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021021531932421010101101021	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 DOUGLAS JOSE DA SILVA	27/08/1996	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDINEI KUSSEM	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 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 131611931610740411	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

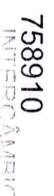
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	018101010301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	0,00		1	27/11/11		Recebi
2-0	0185301010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,10	0,00		1	27/11/11		Recebi
3-0	0185301010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,10	0,00		1	27/11/11		Recebi
4-0	0185301010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,10	0,00		1	27/11/11		Recebi
5-0	0185301010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,10	0,00		1	27/11/11		Recebi
6-0	0185110101961	RESTAURAÇÃO RESINA	16 O	1	1	16,10	0,00		1	27/11/11		Recebi
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término 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 239,10	47-Valor Total R\$ 10,10	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 12/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/11
---	---	---	---



COMPANHIA DO SOFRI