

**CIA DO SORRISO**

02.045.239/0007-07

Avenida Conselheiro Aguiar, Pina

Recife - PE, CEP- 51011-031

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8230

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1727

Competência: 04/2022

Tipo: Odontológico

Valor Total: **189,90**

Convênio: Odontolife

2 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
47569	ORLANDO SERGIO G DA ROCHA JUNIOR	06/04/22	MARILIA MARTINS DE CAMPOS	927559	135,00
48442	ORLANDO SERGIO G DA ROCHA JUNIOR	20/04/22	MARILIA MARTINS DE CAMPOS	936454	54,90



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



927559
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/03 11/21	4-Data de Autorização 31/03 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9741888	7-Data Validade da Senha 12/8/06 11/21
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025469728000010101	9-Piano 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 ORLANDO SERGIO GUIMARAES DA ROCHA JUNIOR				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano ORLANDO SERGIO GUIMARAES DA ROCHA JUNIOR				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA MARTINS DE CAMPOS	18-Número no CRO 14795	19-UF PE	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1051201966438	22-Nome do Contratado Executante MARILIA MARTINS DE CAMPOS	23-Número no CRO 14795	24-UF PE	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARILIA MARTINS DE CAMPOS		27-Número no CRO 14795	28-UF PE	29-Código CRO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Montio da Glosa	42-Sentença
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	06/04/22	4 pul	
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00		S	06/04/22	6 pul	
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00		S	06/04/22	6 pul	
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00		S	06/04/22	6 pul	
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00		S	06/04/22	6 pul	
6-000	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA	17 O	1		61,00	0,00		S	06/04/22	6 pul	
7-000	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA	15 D	1		61,00	0,00		S	06/04/22	6 pul	
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Térmo do Tratamento 06/04/22	44-Tipo de Aliamento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 30,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/04/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/04/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/04/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/04/22
---	---	---	---

X B pul



Dados do Beneficiário

13-Name

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	05201966438
22-Nome do Contratado Esqueatante	MARILIA MARTINS DE CAMPOS
23-Número no CRO	14795
24-UF	PE
25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MARILIA MARTINS DE CAMPOS	14795	PE	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento
-----------	---------------------------

33-Dente/Região 34-Fac35-Q1d36-Quantidade US37-Valor38-Tranquila/Co-participação R\$

1

33-Aul
40-Datid de Realizayda

[illegible]

RESTAURAÇÃO RESINA

RESTAURAÇÃO RESINA

A vertical scale bar with markings from 0 to 3. The markings are: 0, 1, 2, 3. The bar is oriented vertically.

100

[illegible]

7-1

A vertical ruler with markings from 0 to 6 inches. The markings are in inches, with major ticks every inch and minor ticks every half inch. The number '6' is at the top, and '0' is at the bottom.[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	

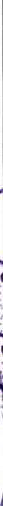
1-1	2-2	3-3	4-4	5-5	6-6	7-7	8-8	9-9	10-10	11-11	12-12	13-13	14-14	15-15	16-16	17-17	18-18	19-19	20-20	21-21	22-22	23-23	24-24	25-25	26-26	27-27	28-28	29-29	30-30	31-31	32-32	33-33	34-34	35-35	36-36	37-37	38-38	39-39	40-40	41-41	42-42	43-43	44-44	45-45	46-46	47-47	48-48	49-49	50-50	51-51	52-52	53-53	54-54	55-55	56-56	57-57	58-58	59-59	60-60	61-61	62-62	63-63	64-64	65-65	66-66	67-67	68-68	69-69	70-70	71-71	72-72	73-73	74-74	75-75	76-76	77-77	78-78	79-79	80-80	81-81	82-82	83-83	84-84	85-85	86-86	87-87	88-88	89-89	90-90	91-91	92-92	93-93	94-94	95-95	96-96	97-97	98-98	99-99	100-100
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme

49-Observação

11/11/2011



50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

20/08/2022

