

2-N

375825
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

JOCIMAR DE ALMEIDA

JOCIMAR DE ALMEIDA

20-00000 CBO S	01	025
----------------	----	-----

RESEARCH CITIES

29-Código CBO S

1561

38-Franquia/Co-participação R

softball, basketball, volleyball, soccer, and tennis.

[illegible]

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE

1000

[illegible]

E

U

11

[illegible]

11

—

[illegible]

US 47-Valor Tr

$$\begin{array}{r} 134100 \\ \hline \end{array}$$

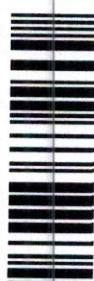
[illegible]

agrar em meu nome e por minha

53-Data, local e

11/25/11

Cyba



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/07/2019		4-Data de Autorização 11/07/2019		5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 377536		7-Data Validade da Semeta 11/06/2020		377536 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 010202531145270000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/07/2019		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome KARINA LIMA VICENTE		14-Telefone 22/02/1979	
15-Data de Validade do Plano 22/02/1979		16-Atendimento a RN PRONTODENT		17-Nome do Profissional Solicitante CLESIANE FONSECA DA SILVA		18-Número no CRO 5229		19-UF RN		20-Código CBO S 01		21-Código CBO S 025 -	
22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA		23-Número no CRO 5229		24-UF RN		25-Código CNES 5229		26-UF RN		27-Código CBO S 5229		28-UF RN	
29-Data 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-Medico da Guia	42-Assinatura
1	0108100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/09/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-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(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, o valor devido, conforme documento de valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

PROTODENT ODONTOLÓGICA LTDA - ME

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 11/09/2019, Cuiabá - Mato Grosso do Sul, CRO/RN 5229, CLESIANE FONSECA DA SILVA, Cirurgiã - Dentista.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 11/09/2019, Cuiabá - Mato Grosso do Sul, CRO/RN 5229, CLESIANE FONSECA DA SILVA, Cirurgiã - Dentista.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/09/2019, Cuiabá - Mato Grosso do Sul, CRO/RN 5229, KARINA LIMA VICENTE.

53-Data, local e Caimbo da Empresa: 11/09/2019, P.O.S. Getúlio Vargas, 61, CEP: 59140-270 Centro, Paramirim - RN.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro AINS: 406414
 2-Dados de Emissão do Guia: 12/01/07/12/01
 3-Data de Autorização: 12/12/07/12/01
 4-Sentença: AUTORIZADO
 5-Número da Guia Principal: 77717405
 6-Data Validade da Sentença: 11/18/11/01/12/01
 7-Data Validade da Sentença: 34/1996
 8-Intercâmbio: INTERCÂMBIO

9-Plano: POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira: 11/11/11/11/11
 12-Data Validade da Carteira: 11/11/11/11/11
 13-Nome do Titular do Plano: MARILENE DA SILVA
 14-Telefone: () - - - - -
 15-Nome do Titular do Plano: MARILENE DA SILVA
 16-Endereço: 18/01/1987

17-Nome do Profissional Solicitante: PRONTODENT
 18-Número no CRO: 5229
 19-UF: RN
 20-Código CRO S: 01
 21-Código na Operadora / ONP / CPE: 1071116313443
 22-Nome do Contratado Executante: CLESIANE FONSECA DA SILVA
 23-Número no CRO: 5229
 24-UF: RN
 25-Código CRO S: 025 - Faturar Empresa
 26-Nome do Profissional Executante: CLESIANE FONSECA DA SILVA
 27-Número no CRO: 5229
 28-UF: RN
 29-Código CRO S: 025 - Faturar Empresa

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 Glor	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 0 0	0,00	0,00	S	09/08/12	01	Marlene
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 0 0	0,00	0,00	S	09/08/12	01	Marlene
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 0 0	0,00	0,00	S	09/08/12	01	Marlene
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 0 0	0,00	0,00	S	09/08/12	01	Marlene
5-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 0 0	0,00	0,00	S	09/08/12	01	Marlene
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento: 11/11/11
 44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US: 1178,00
 47-Valor Total R\$: 1178,00
 48-Toda Franquia / Co-participação R\$: 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) 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 os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Considerações: CNPJ 16.957.077/0001-94

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável: 09/11/2012, Curitiba, PR, Dr. Marlene da Silva
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/11/2012, Curitiba, PR, Dr. Marlene da Silva
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável: 09/11/2012, Curitiba, PR, Dr. Marlene da Silva
 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável: 09/11/2012, Curitiba, PR, Dr. Marlene da Silva
 54-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável: 09/11/2012, Curitiba, PR, Dr. Marlene da Silva

CEP: 59140-270 Centro
 Parnamirim - RN



348637
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2017 12:10	4-Data de Autorização 10/05/2018 12:10	5-Será Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7748918	7-Data Validade da Seria 12/01/2017 12:10
8-Número da Carteira 10/02/02 15:11 6486001309011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CIA HERING MATRIZ	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GILSELANE FELIPE NOLASCO	03/08/1986	14-Telefone (184) 911413161	15-Nome do Titular do plano GILSELANE FELIPE NOLASCO		
16-Atendimento a RN N	17-Atendimento a RN PRONTODENT	18-Número no CRO 5229	19-UF RN	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107116313443	22-Nome do Contratado Excitante CLESIANE FONSECA DA SILVA	23-Número no CRO 5229	24-UF RN	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Excitante CLESIANE FONSECA DA SILVA	27-Número no CRO 5229	28-UF RN	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
1-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	108	09/12		
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	108	09/12		
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	108	09/12		
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	108	09/12		
5-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	108	09/12		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-2-Exame Radiológico	46-3-Ortodontia	47-4-Genética/Enfermidade
48-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	49-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	50-2-Exame Radiológico	51-3-Ortodontia	52-4-Genética/Enfermidade

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 10/09/2018 CRO/RN 5229	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/09/2018 CRO/RN 5229	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2018 Gil Helane F. Vargas	56-Data, local e Assinatura da Empresa 10/09/2018 CEF 59140-270 Cento Parnamirim - RN
---	---	--	---

PRONTODENTE ODONTOLOGIA LTDA ME

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



349649
INTERCÂMBIO

1-Rogério ANS 4064.4	3-Data de Emissão da Guia 10/11/08	4-Data de Autorização 11/01/08	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7753931	7-Data Validade da Série 13/01/10
8-Número da Carteira 101020253073540000011011	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 MARILENE DA SILVA	14-1-Relatório	15-Nome do titular do plano MARILENE DA SILVA			
16-Data de Contratação/Responsável pelo Tratamento 18/01/1987					
17-Nome do Profissional Solicitante N PRONTODENT	18-Número no CRO 5229	19-UF RN	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1071116313443	22-Nome do Contratado Excitante CLESIANE FONSECA DA SILVA	23-Número no CRO 5229	24-UF RN	25-Código ONES	
26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA	27-Número no CRO 5229	28-UF RN	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade Regio	34-Frete	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Greja	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00	114,09	20			Marlene
2-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0MD	1	122,00	0,00	141,09	20			Marlene
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												

43-Data Previsto Término do Tratamento	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 118,30	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 57,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 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 Responsável 14/10/09/160- Uta Vitoria de Jesus Cirurgião-Dentista CRO/RN 5229	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/09/160- Uta Vitoria de Jesus Cirurgião-Dentista CRO/RN 5229	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/09/160- Marlene da Silva Beneficiário CRO/RN 5229	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/10/09/160- Protodente Odontologia Ltda Rua Pqs. Getúlio Vargas, 61 CEP: 59140-270 Canto Parnamirim - RN
--	--	--	---

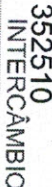
PROTODENTE ODONTOLOGIA LTDA ME



349837
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 03/10/08 11:20		4-Dia de Autorização 06/10/08 11:20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7754646		7-Dia Validade da Senha 01/11/11 11:20	
8-Número da Carteira 020202511648600132505		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CIA HERING MATRIZ		11-Dia Validade da Carteira 01/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ANA CAROLINA DE ASSIS BARBOSA DE LIMA											
14-Data do Contrato / Responsabilidade Tratamento 21/02/2008											
16-Montemento a RN PRONTODENT		17-Nome do Profissional Solicitante CLESIANE FONSECA DA SILVA		18-Número no CRO 5229		19-UF RN		20-Código CRO S 01		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07116313443	
22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA		23-Número no CRO 5229		24-UF RN		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA		27-Número no CRO 5229	
28-UF RN		29-Código CRO S		30-Fatura Empresa 025 -							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Fase	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Vol	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	008100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400	000			02/10/08		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto 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-Total Quantidade US 3400		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/08/1210 D ^{ra} Cleliane Fonseca da Silva Cirurgião-Dentista CRO/RN 5229											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Titular do Tratamento 02/10/08/1210 D ^{ra} Cleliane Fonseca da Silva Cirurgião-Dentista CRO/RN 5229											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/08/1210 D ^{ra} Cleliane Fonseca da Silva Beneficiária											
53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/08/1210 D ^{ra} Cleliane Fonseca da Silva Beneficiária											



CLESIANE FONSECA DA SILVA

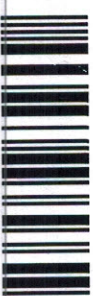
43-Data Previsão Término do Tratamento1116

49-Observação

Rua Princesa 1

Parhamirith = BM

1-Registro ANS 4066414		3-Dados de Emissão da Guia 11/21/08 11/21/08		4-Dados de Autorização 11/51/08 11/21/08		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7780363		7-Dados de Validade da Sentença 11/01/11 11/21/08	
8-Número da Carteira 0101201215111648610013109101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CIA HERING MATRIZ		11-Dados de Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11		12-Número do Contrato Nacional da Saúde		INTERCÂMBIO	
13-Nome GISELANE FELIPE NOLASCO		14-Telefone (814) 911413161		15-Nome do titular do plano GISELANE FELIPE NOLASCO		16-Data de Emissão da Guia 03/08/1986		17-Data de Validade da Guia 11/01/11 11/21/08		18-Data de Validade da Guia 11/01/11 11/21/08	
19-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PRONTODENT		18-Número no CRO 5229		19-UF RN		20-Código CBO S 01		21-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01071116313443		22-Nome do Contratado Executante GISELANE FONSECA DA SILVA		23-Número no CRO 5229		24-UF RN		25-Código CNES 5229		26-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
26-Nome do Profissional Executante GISELANE FONSECA DA SILVA		27-Número no CRO 5229		28-UF RN		29-Código CBO S 5229		30-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		31-Data de Validade da Guia 11/01/11 11/21/08	
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-010182010108175		32-Descrição EXODONTIA SIMPLES DE		33-Dente/Região 47		34-Face 1		35-Classe 73100		36-Quantidade US 01010	
37-Valor 5114110191201		38-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		39-Ant. de Realização 5114110191201		40-Motivo da Cessão 5114110191201		41-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		42-Assinatura 5114110191201	
39-Valor 5114110191201		40-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		41-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		42-Assinatura 5114110191201		43-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		44-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
45-Valor 5114110191201		46-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		47-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		48-Assinatura 5114110191201		49-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		50-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
51-Valor 5114110191201		52-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		53-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		54-Assinatura 5114110191201		55-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		56-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
57-Valor 5114110191201		58-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		59-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		60-Assinatura 5114110191201		61-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		62-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
63-Valor 5114110191201		64-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		65-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		66-Assinatura 5114110191201		67-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		68-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
69-Valor 5114110191201		70-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		71-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		72-Assinatura 5114110191201		73-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		74-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
75-Valor 5114110191201		76-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		77-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		78-Assinatura 5114110191201		79-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		80-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
81-Valor 5114110191201		82-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		83-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		84-Assinatura 5114110191201		85-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		86-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
87-Valor 5114110191201		88-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		89-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		90-Assinatura 5114110191201		91-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		92-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
93-Valor 5114110191201		94-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		95-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		96-Assinatura 5114110191201		97-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		98-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
99-Valor 5114110191201		100-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		101-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		102-Assinatura 5114110191201		103-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		104-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
105-Valor 5114110191201		106-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		107-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		108-Assinatura 5114110191201		109-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		110-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08	
111-Valor 5114110191201		112-Franchisa/Co-participação R\$ 5114110191201		113-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/21/08		114					



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 4-Data de Autorização 13/11/08 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7818763 7-Data Validade da Senha 12/31/11 8-Data Validade da Guia 12/31/11

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 10-0202025116486001325011 11-Data Validade da Carteira 12/31/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ALEXANDRA DE ASSIS BARBOSA 14-Tipo POS REDE PRESTADORA 15-Nome do titular do plano ALEXANDRA DE ASSIS BARBOSA 16-Data 28/08/1981 17-Telefone () 18-Empresa CIA HERING MATRIZ 19-Data 10/01/10

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante PRONTODENT 18-Número no CRO 5229 19-UF RN 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1071116313443 22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 23-Número no CRO 5229 24-UF RN 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 27-Número no CRO 5229 28-UF RN 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- Módo da Gosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,00				10/02/10		
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
5- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
6- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
7- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
8- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
9- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
10- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
11- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
12- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
13- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
14- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
15- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00				10/02/10		
43- Data Previsto Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/10	1- Tratamento Odontológico	1- Total 2- Parcial	178,00	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(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.

48- Observação

CNPJ 16.957.077/0001-94

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/09/10 Dia: CLESIANE FONSECA DA SILVA Cirurgião-Dentista CRO/RN 5229 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/09/10 Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/08/10 Cirurgião-Dentista 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/09/10 Cirurgião-Dentista 54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/09/10 Cirurgião-Dentista



1-Registro ABO 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2019 4-Data de Autorização 12/11/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7888029 7-Data Validação da Senha 12/11/2019 379570 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202511648600241001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CIA HERING MATRIZ 11-Data Validação da Carteira 12/11/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KAMILIA KATTIANY ALVES 14-Telefone 30/12/1990 15-Nome do Endereço do Plano KAMILIA KATTIANY ALVES 16-Atendimento a RN PRONTODENT 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Endereço do Contratado, Responsável pelo Tratamento

19-Código de Operadora / CNPJ / CPF 1071116313443 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código CBO S 5229 22-Nome do Contratado Escritório CLESIANE FONSECA DA SILVA 23-Número no CRO 5229 24-UF RN 25-Código UNES 26-UF RN 27-Número no CRO 5229 28-UF RN 29-Código CBO S 30-Franquia Co-participação R\$ 40-Data de Realização 41-Moeda da Cláusula 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-CNI	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Cláusula	42-Assinatura
1-00	81100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	12/11/2019		Kamila
2-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	12/11/2019		Kamila
3-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	12/11/2019		Kamila
4-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	12/11/2019		Kamila
5-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	12/11/2019		Kamila
6-00	81510019	RESTAURAÇÃO RESINA		1		61,00	0,00		S	12/11/2019		Kamila
7-00	81100042	RX PERIAPICAL		1		14,00	0,00		S	12/11/2019		Kamila
8-00	81100042	RX PERIAPICAL		1		14,00	0,00		S	12/11/2019		Kamila
9-00	81100042	RX PERIAPICAL		1		14,00	0,00		S	12/11/2019		Kamila
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Atendimento 46-Tipo de Atendimento 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total R\$ 49-Declaração

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável da Silva 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa 54-Data, local e Assinatura da Empresa

2-N-

379690
INTERCÂMBIOde

10

A

10

1

1

1

10

1

1

1

1

9

9

11