



Dr. Evando Alves de Oliveira

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



487224
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/03		4-Data de Autorização 11/01/03		5-Será Autorizado AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8340509		7-Data Validade da Seria 13/01/05															
Dados do Beneficiário										8-Data Validade da Carteira 10/02/02		9-2º Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/01/03		12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome EVANDO ALVES DE OLIVEIRA										22/01/1963		14-Relação ()		15-Nome do titular do plano EVANDO ALVES DE OLIVEIRA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PRONTODENT		18-Número no CRO 5229		19-UF RN		20-Código CRO S 01		025 - Faturar Empresa					
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											
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-Medico da Clínica		42-Assinatura	
1-010		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		44		V		1		6100		000		11003121		S		11003121		S			
2-010		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		43		V		1		6100		000		11003121		S		11003121		S			
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		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$															
11/01/03		1-1-Tratamento Odontológico		1-1-Total 2-Parcial		112200		000		000															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável		53-Data, local e Assinatura da Empresa																			
11/01/03		11/01/03		11/01/03		11/01/03																			
Cirurgião Dentista		Cirurgião Dentista		Cirurgião Dentista		Cirurgião Dentista																			
CRO/RN 5229		CRO/RN 5229		CRO/RN 5229		CRO/RN 5229																			

509726
INTERCÂMBIO12-Numero do Cartao Nacional de Saude

CHEILA MARIA DA SILVA BATISTA

—

22-Nome do Contratado Executante
CLESIANE FONSEC,

3 092 061007-67

39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

5/29/24 *Chela*

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	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

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	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

100

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90

...ações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em

Journal of Management Studies, 39(6), 708-726.

[illegible]

31/21
Cirurgia - Dentista
Cirurgia - Dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 23/02/21
4-Data de Autorização 24/02/21
5-Sentença AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 8319882
7-Data Validade da Sentença 24/05/21

482670
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01020253526340000101
9-Situação POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIO JONATAH MARTINS DE OLIVEIRA
14-Telefone
15-Nome do Titular do plano FABIO JONATAH MARTINS DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RN PRONTODENT
17-Atendimento a RN
18-Número no CRO 5229
19-UF RN
20-Código CBO 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 CBO S
30-Valor 025
31-Faturar Empresa + Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200

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 Guia	42-Assinatura
1	010	85100200	27	OP	1	88,00	0,00	02/03/21				
2	010	85100200	26	OP	1	88,00	0,00	02/03/21				
3	010	85100200	16	OM	1	88,00	0,00	02/03/21				
4	010	85100200	46	OV	1	88,00	0,00	02/03/21				
5	010	85100200	47	OV	1	88,00	0,00	02/03/21				
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento
44-1-tipo de Atendimento
45-1-tipo de Faturamento
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$
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
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Assinatura da Empresa

2-N

501819
INTERCÂMBIO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 19/02/2014 4-Data de Autorização 12/3/2014 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8310295 7-Data Validade da Guia 12/03/2015

480444
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020202535457600000102 9-Fluor POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/03/2015 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NICOLAS DAVI SILVESTRE RODRIGUES 14-1-Relatório 15-Nome do titular do plano VERUSKA SILVESTRE DA SILVA

16-Apresentamento a RCI 17-Nome do Profissional Solicitante PRONTODENT 18-Número no CRO 5229 19-UF RN 20-Código CRO S 01 25 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPID (I) 85100200 (I) 81000421-RIS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 071163133443 22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 23-Número no CRO 5229 24-UF RN 25-Código CNES (I) 81000421-RPID (I) 85100200 (I) 81000421-RIS

26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 27-Número no CRO 5229 28-UF RN 29-Código CRO S (I) 81000421-RPID

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-Medico da Clínica	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	3 4 0 0	0,00					
2-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00					
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00					
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00					
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00					
6-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1	8 8 0 0	0,00					
7-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1	8 8 0 0	0,00					
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0,00					
9-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1			1	1 4 0 0	0,00					
10-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1			1	1 4 0 0	0,00					
11-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1			1	1 4 0 0	0,00					
12-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1			1	1 4 0 0	0,00					
13-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1			1	1 4 0 0	0,00					
14-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1			1	1 4 0 0	0,00					
15-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1			1	1 4 0 0	0,00					

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enxerto 45-1-Tipo de Tratamento 1-1-Tipo 2-Parcial 46-Total Quantidade US 4 5 3 0 0 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, 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: 10/03/2014, Cirurgião-Dentista CRP/RN 5229 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/03/2014, Cirurgião-Dentista CRP/RN 5229 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/03/2014, ANUARDO 53-Data, local e Carimbo da Empresa: 10/03/2014, Cirurgião-Dentista CRP/RN 5229

2-N



488458
INTERCÂMBIO

2-N

49-Observe and

189. O declarante declara, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e corretas, comprometendo-se a arcar com os custos previstos em contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s), acima e por meio assinado(s), fulcra(m) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Fonseca da Silva
Oncologista
Cirurgia - Dentista
CRO/RN 5229

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Francisca da Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa: Jta. Clesiane F. dos Santos da Silva
Cirurgia Dentista
22/10/21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



501835
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/07/2013		4-Data de Autorização 11/08/2013		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8396438		7-Data Validade da Sentença 11/06/2013	
8-Número da Carteira 00202536290000010101		9-Flujo POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número de Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome CHEILA MARIA DA SILVA BATISTA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano CHEILA MARIA DA SILVA BATISTA		16-Endereço () - - - - -		17-Data de Nascimento 26/11/1984			
18-Abandono a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante PRONTODENT		20-Código CBO S 01		21-UF RN		22-Código CNES 025 -		23-UF RN	
24-Código na Operadora / CNPJ / CNF 07116313443		25-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA		26-Número no CRO 5229		27-UF RN		28-Código CBO S 29-UF RN		29-Código CBO S (1) 8100421-	
26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

30-Tabula	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	8120000875	EXODONTIA SIMPLES DE	15	1	1	73,00	0,00	0,00	S	18/03/21		Cheila
2-00	810000421	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	14,00	0,00	0,00	S	18/03/21		Cheila
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

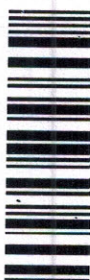
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 87,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	---------------------------------	----------------------------	---

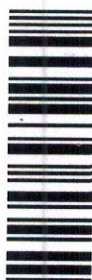
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/03/21 Cirurgia Dentista CRO/RN 5229	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/21 Dra. Clesiane FONSECA DA SILVA Cirurgia Dentista CRO/RN 5229	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/21 Cheila	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/03/21 Dra. Clesiane FONSECA DA SILVA Cirurgia Dentista CRO/RN 5229
---	---	---	---

2-N

488447
INTERCÂMBIO



1-Registro AINS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
11/7/03

4-Dia de Autorização
11/8/03

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8396486

7-Dia Validade da Guia
11/5/06

501848
INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0201202536269000000103

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CAIAN EMANOEL DA SILVA

15/12/2002

14-1 telefone
() -

15-Nome do titular do plano
CHEILA MARIA DA SILVA BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN
PRONTODENT

18-Número no CRO
5229

19-UF
RN

20-Código CBO S
01

25-Código CNES
Enviar - RX

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
Enviar - RX

29-Código CBO S
(I) 81000421-
(II) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante
CLESIANE FONSECA DA SILVA

27-Número no CRO
5229

28-UF
RN

29-Código CBO S
(I) 81000421-
(II) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fração	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	47	1	1	7 3 10 0	0 0 0 0					
2-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	26	1	1	7 3 10 0	0 0 0 0					
3-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	14	1	1	7 3 10 0	0 0 0 0					
4-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RMID	1	1	1 4 10 0	0 0 0 0					
5-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RMSE	1	1	1 4 10 0	0 0 0 0					
6-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RPSD	1	1	1 4 10 0	0 0 0 0					
7-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1										
8-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1										
9-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1										
10-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1										
11-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1										
12-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1										
13-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1										
14-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1										
15-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1										

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Aliamento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/emergência

45-Tipo de Tratamento
1-1-Tipo 2-Parcial

46-Total Quantidade US
2 6 1 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0

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
18/10/03

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/10/03

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/10/03

53-Data, local e Assinatura do Médico da Empresa
18/10/03

54-Data, local e Assinatura do Médico da Empresa
18/10/03

55-Data, local e Assinatura do Médico da Empresa
18/10/03

56-Data, local e Assinatura do Médico da Empresa
18/10/03

CRO/RN 5229

CRO/RN 5229

CRO/RN 5229

2-Nitro



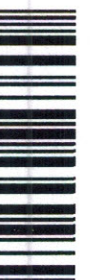
previously all consolidated.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	10/10/2013/11/21/	Dr. Cesar Augusto da Silva Cirurgião - Dentista CRM-PR 15729
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/10/2013/11/21/	Dr. Cesar Augusto da Silva Cirurgião - Dentista CRM-PR 15729
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/10/2013/11/21/	Márcia Aparecida Pereira
53-Dia, local e Cartão da Empresa	10/10/2013/11/21/	Dr. Cesar Augusto da Silva Cirurgião - Dentista CRM-PR 15729



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ª ed.



434457
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
04/11/2010

4-Data de Autorização
08/11/2010

5-Sinbo
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8117416

7-Data Validade da Sinbo
04/10/13/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202533115600010101

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
LUANA CAETANO DA SILVA

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
LUANA CAETANO DA SILVA

16-Data de Nascimento
29/08/1991

17-Endereço
() -

18-Cidade
() -

19-UF
() -

20-Código CBO S
01

21-UF
RN

22-Código CNES
RN

23-Código CBO S
01

24-UF
RN

25-Código CNES
RN

26-Código CBO S
01

27-Data de Nascimento
29/08/1991

28-Endereço
() -

29-Cidade
() -

30-UF
() -

31-UF
() -

32-Código CNES
RN

33-Código CBO S
01

34-UF
RN

35-Código CNES
RN

36-Código CBO S
01

37-UF
RN

38-Código CNES
RN

39-Código CBO S
01

40-Data de Nascimento
29/08/1991

41-Endereço
() -

42-Cidade
() -

43-UF
() -

44-UF
() -

45-Código CNES
RN

46-Código CBO S
01

47-UF
RN

48-Código CNES
RN

49-Código CBO S
01

50-UF
RN

51-Código CNES
RN

52-Código CBO S
01

53-Data de Nascimento
29/08/1991

54-Endereço
() -

55-Cidade
() -

56-UF
() -

57-UF
() -

58-Código CNES
RN

59-Código CBO S
01

60-UF
RN

61-Código CNES
RN

62-Código CBO S
01

63-UF
RN

64-Código CNES
RN

65-Código CBO S
01

66-Data de Nascimento
29/08/1991

67-Endereço
() -

68-Cidade
() -

69-UF
() -

70-UF
() -

71-Código CNES
RN

72-Código CBO S
01

73-UF
RN

74-Código CNES
RN

75-Código CBO S
01

76-UF
RN

77-Código CNES
RN

78-Código CBO S
01

79-Data de Nascimento
29/08/1991

80-Endereço
() -

81-Cidade
() -

82-UF
() -

83-UF
() -

84-Código CNES
RN

85-Código CBO S
01

86-UF
RN

87-Código CNES
RN

88-Código CBO S
01

89-UF
RN

90-Código CNES
RN

91-Código CBO S
01

92-Data de Nascimento
29/08/1991

93-Endereço
() -

94-Cidade
() -

95-UF
() -

96-UF
() -

97-Código CNES
RN

98-Código CBO S
01

99-UF
RN

100-Código CNES
RN

101-Código CBO S
01

102-UF
RN

103-Código CNES
RN

104-Código CBO S
01

105-Data de Nascimento
29/08/1991

106-Endereço
() -

107-Cidade
() -

108-UF
() -

109-UF
() -

110-Código CNES
RN

111-Código CBO S
01

112-UF
RN

113-Código CNES
RN

114-Código CBO S
01

115-UF
RN

116-Código CNES
RN

117-Código CBO S
01

118-Data de Nascimento
29/08/1991

119-Endereço
() -

120-Cidade
() -

121-UF
() -

122-UF
() -

123-Código CNES
RN

124-Código CBO S
01

125-UF
RN

126-Código CNES
RN

127-Código CBO S
01

128-UF
RN

129-Código CNES
RN

130-Código CBO S
01

131-Data de Nascimento
29/08/1991

132-Endereço
() -

133-Cidade
() -

134-UF
() -

135-UF
() -

136-Código CNES
RN

137-Código CBO S
01

138-UF
RN

139-Código CNES
RN

140-Código CBO S
01

141-UF
RN

142-Código CNES
RN

143-Código CBO S
01

144-Data de Nascimento
29/08/1991

145-Endereço
() -

146-Cidade
() -

147-UF
() -

148-UF
() -

149-Código CNES
RN

150-Código CBO S
01

151-UF
RN

152-Código CNES
RN

153-Código CBO S
01

154-UF
RN

155-Código CNES
RN

156-Código CBO S
01

157-Data de Nascimento
29/08/1991

158-Endereço
() -

159-Cidade
() -

160-UF
() -

161-UF
() -

162-Código CNES
RN

163-Código CBO S
01

164-UF
RN

165-Código CNES
RN

166-Código CBO S
01

167-UF
RN

168-Código CNES
RN

169-Código CBO S
01

170-Data de Nascimento
29/08/1991

171-Endereço
() -

172-Cidade
() -

173-UF
() -

174-UF
() -

175-Código CNES
RN

176-Código CBO S
01

177-UF
RN

178-Código CNES
RN

179-Código CBO S
01

180-UF
RN

181-Código CNES
RN

182-Código CBO S
01

183-Data de Nascimento
29/08/1991

184-Endereço
() -

185-Cidade
() -

186-UF
() -

187-UF
() -

188-Código CNES
RN

189-Código CBO S
01

190-UF
RN

191-Código CNES
RN

192-Código CBO S
01

193-UF
RN

194-Código CNES
RN

195-Código CBO S
01

196-Data de Nascimento
29/08/1991

197-Endereço
() -

198-Cidade
() -

199-UF
() -

200-UF
() -

201-Código CNES
RN

202-Código CBO S
01

203-UF
RN

204-Código CNES
RN

205-Código CBO S
01

206-UF
RN

207-Código CNES
RN

208-Código CBO S
01

209-Data de Nascimento
29/08/1991

210-Endereço
() -

211-Cidade
() -

212-UF
() -

213-UF
() -

214-Código CNES
RN

215-Código CBO S
01

216-UF
RN

217-Código CNES
RN

218-Código CBO S
01

219-UF
RN

220-Código CNES
RN

221-Código CBO S
01

222-Data de Nascimento
29/08/1991

223-Endereço
() -

224-Cidade
() -

225-UF
() -

226-UF
() -

227-Código CNES
RN

228-Código CBO S
01

229-UF
RN

230-Código CNES
RN

231-Código CBO S
01

232-UF
RN

233-Código CNES
RN

234-Código CBO S
01

235-Data de Nascimento
29/08/1991

236-Endereço
() -

237-Cidade
() -

238-UF
() -

239-UF
() -

240-Código CNES
RN

241-Código CBO S
01

242-UF
RN

243-Código CNES
RN

244-Código CBO S
01

245-UF
RN

246-Código CNES
RN

247-Código CBO S
01

248-Data de Nascimento
29/08/1991

249-Endereço
() -

250-Cidade
() -

251-UF
() -

252-UF
() -

253-Código CNES
RN

254-Código CBO S
01

255-UF
RN

256-Código CNES
RN

257-Código CBO S
01

258-UF
RN

259-Código CNES
RN

260-Código CBO S
01

261-Data de Nascimento
29/08/1991

262-Endereço
() -

263-Cidade
() -

264-UF
() -

265-UF
() -

266-Código CNES
RN

267-Código CBO S
01

268-UF
RN

269-Código CNES
RN

270-Código CBO S
01

271-UF
RN

272-Código CNES
RN

273-Código CBO S
01

274-Data de Nascimento
29/08/1991

275-Endereço
() -

276-Cidade
() -

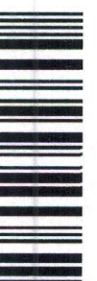
277-UF
() -

278-UF
() -



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/03/12/1	4-Data de Autorização 10/14/03/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8340502	7-Data Validade da Senha 3/01/05/12/1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202534757400000101	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 ELIANE GOMES DOS SANTOS	15/06/1988	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELIANE GOMES DOS SANTOS
------------------------------------	------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN PRONTODENT	17-Nome do Profissional Solicitante N	18-Número no CRO 5229	19-UF RN	20-Código CRO S 01	025 - Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100218
-----------------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--

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 025 - Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100218
--	---	--------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA	27-Número no CRO 5229	28-UF RN	29-Código CRO S 01
---	--------------------------	-------------	-----------------------

1-0	0	8	1	0	0	0	0	6	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

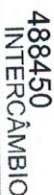
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 este 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/21 Cirurgião Dentista CRO/RN 5229	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/21 ELIANE	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/03/21 Cirurgião Dentista CRO/RN 5229
---	--	---	--



2-N



Cristiane Fonseca da Silva
Cirurgiã - Dentista
CRM 5229