

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 01/12/10 4-Data de Autorização 10/08/11 01/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7932160 7-Data Válida da Senha 10/03/10 11/12/11 8-Número da Carteira 00020252 9-Cabe POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MEDILAR EMERGENCIAS MEDICAS 11-Data Válida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 389535 INTERCÂMBIO

13-Nome ANTON DE ANDRADE MATOS MACHADO 14-Data de Emissão da Guia 10/05/11 01/12/10 15-Data de Autorização 10/08/11 01/12/10 16-Senha AUTORIZADO 17-Número da Guia Principal 7932160 18-Data Válida da Senha 10/03/10 11/12/11 19-Nome do Cartão Nacional de Saúde 389535 INTERCÂMBIO

20-Atendimento a RN PRONTODENT 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 071116313443 22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 23-Número no CRO 5229 24-UF RN 25-Código CNES 025 - Enviar - RX 26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 27-Número no CRO 5229 28-UF RN 29-Código CRO S 01 30-Data de Realização 31-Aut 40-Data de Realização 41-Móvio da Guia 42-Assinatura

30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rolagem	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Móvio da Guia	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	08/10/20	08/10/20	
2-0	0	EXODONTIA SIMPLES DE	62	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	08/10/20	08/10/20	
3-0	0	RX PERIAPICAL	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/10/20	08/10/20	
4-1	1											
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	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 1121,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 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 Carimbo da Empresa 01/11/10/11 54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/10/11 55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/10/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



396787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7962227

7-Data Validade da Senha 11/01/2012

8-Número da Carteira

002025278559000010104

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa MEDILAR EMERGENCIAS MEDICAS

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ANTON DE ANDRADE MATOS MACHADO

29/01/2012

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ADALBERTO MACHADO LOPES

16-Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN PRONTODENT

16-Número no CRO 5229

23-Número no CRO 5229

19-UF RN

24-UF RN

20-Código CBO S 01

25-Código CNES

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07116313443

22-Nome do Contratado Excludente CLESIANE FONSECA DA SILVA

27-Número no CRO 5229

26-UF RN

28-UF RN

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Excludente CLESIANE FONSECA DA SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atividade
1-0	0	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	7	2	0	0	0	0	0	19/11/2012
2-												19/11/2012
3-												19/11/2012
4-												19/11/2012
5-												19/11/2012
6-												19/11/2012
7-												19/11/2012
8-												19/11/2012
9-												19/11/2012
10-												19/11/2012
11-												19/11/2012
12-												19/11/2012
13-												19/11/2012
14-												19/11/2012
15-												19/11/2012
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\$							
11/01/2012	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência Emergência	1-1-Total 2-Parcial	72,00	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) 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-Observações

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

54-Data, local e Assinatura da Empresa

318-00000000-00000000

CRORRN-5229



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 02/11/2010 4-Data de Autorização 05/11/2010 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7927436 7-Data Validade da Semeta 13/11/2012

388281
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102025111648600132504 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CIA HERING MATRIZ 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA VITORIA DE ASSIS BARBOSA DE LIMA 16-Alertamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PRONTODENT 22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 23-Número no CRO 5229 24-UF RN 25-Código CNES 025 - Enviar - RX (I) 85100218 26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 27-Número no CRO 5229 28-UF RN 29-Código CBO S 01 15-Nome do Interlocutor do Plano ALEXANDRA DE ASSIS BARBOSA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107116313443 22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 23-Número no CRO 5229 24-UF RN 25-Código CNES 025 - Enviar - RX (I) 85100218 26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 27-Número no CRO 5229 28-UF RN 29-Código CBO S 01 15-Nome do Interlocutor do Plano ALEXANDRA DE ASSIS BARBOSA

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6 1 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
2-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVP	1	1 2 2 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-1-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 1 8 3 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

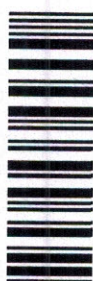
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa / Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

2-N



389545
INTERCÂMBIO

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:

EE3 Data local e Correlação de Fatores

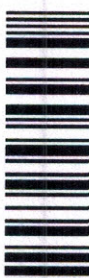
Chirurgia

Dr. Cleiane Fonseca da Silva
Dra. Cleiane - Dentista
Cirurgia - Dentista
CRP/RN 5229



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24v



388245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 01/210	4-Data de Autorização 10/15/11 01/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7927333	7-Data Validade da Senha 13/11/12 11/210
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0102101251116486001325015	9-Patrimônio 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 ANA CAROLINA DE ASSIS BARBOSA DE LIMA	21-02/2008	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALEXANDRA DE ASSIS BARBOSA
--	------------	------------------------------	---

16-Adiantamento 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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421-
------------------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 00711163113443	22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA	23-Número no CRO 5229	24-UF RN	25-Código CNES 29-Código CBO S
---	---	--------------------------	-------------	-----------------------------------

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-Dente/Raio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-10	01820010859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	73,00	0,00	0,00	1	10/11/10 11/20	10/11/10 11/20	10/11/10 11/20
2-10	01820010859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	1	73,00	0,00	0,00	1	10/11/10 11/20	10/11/10 11/20	10/11/10 11/20
3-10	01810010421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	1	10/11/10 11/20	10/11/10 11/20	10/11/10 11/20
4-10	01810010421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	1	10/11/10 11/20	10/11/10 11/20	10/11/10 11/20
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Previsão 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\$
10/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	174,00	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) 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário	53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/11/11	10/11/11 01/210 Clesiane Fonseca da Silva Cirurgião Dentista CRO/RN 5229	10/11/11 01/210 ALEXANDRA	10/11/11 01/210 Clesiane Fonseca da Silva Cirurgião Dentista CRO/RN 5229