

1-Registro ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 12/11/2010 3-Dia de Autorização 12/11/2010 4-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7987368 7-Dia Validade da Guia 12/01/2011 402904 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202527859000000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa MEDILAR EMERGENCIAS MEDICAS

11-Dia Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADALBERTO MACHADO LOPES

07/10/1964

15-Nome do Bulvar do plano ADALBERTO MACHADO LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Affiliação 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 07116313443

22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA

23-Número no CRO 5229

24-UF RN

25-Código CNES

Enviar - RX (1) 85100218

26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA

27-Número no CRO 5229

28-UF RN

29-Código CBO S

Período 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-Dia de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOV	1	1 2 2 0 0	0,00	0	0	03/11/2010	
2-1												
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												

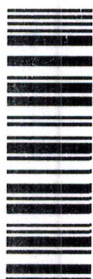
43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odonológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 2 2 0 0 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaramos, 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. Declaramos, 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-Operatório

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/3/11/11/2010 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/11/11/2010 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/11/11/2010 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 10/3/11/11/2010

54-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/11/11/2010 55-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/11/11/2010

2-N⁺

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

11/9/1011/20

4-Data de Autorização

22/11/0120

5-Sentença

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7969681

7-Data Validade da Sentença

11/7/0111/21

398681

INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	00202532611800000101												
9-Plano	POS REDE PRESTADORA												
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA												
11-Data Validade da Carteira	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td> </tr> </table>							/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/								
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													

13-Nome
LARISSA RAQUEL DA SILVA
14-1-telefone
11/0/11992
() -
15-Nome do titular do plano
LARISSA RAQUEL DA SILVA

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRONTODENT	18-Número no CHO 5229	19-UF RN	20-Código CHO'S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---------------------------------

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	0 7 1 1 6 3 1 3 4 4 3
22-Nome do Contratado Excitante	CLESIANE FONSECA DA SILVA
23-Número no CRO	5229
24-UF	RN
25-Código CNES	
Enviar - RX (1) 851.00200	

25-Nome do Profissional Exatiente	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO S
CLESIANE FONSECA DA SILVA	5229	RN	(I) 85100200 (I) 85100200

30-Itens	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mul	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-A
----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-------------------------

[illegible]

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos totais. 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, o tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observatorio

54-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 Carimbo da Empresa
24/11/201	24/11/201	24/11/201	24/11/201
	Dr. Cesar Augusto da Silva Cirurgião-Dentista CRP-RN-5226	Dr. Cesar Augusto da Silva Responsável CRP-RN-5226	Dr. Cesar Augusto da Silva Cirurgião-Dentista CRP-RN-5226