



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/01/08 4-Data de Autorização 12/17/08 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14264417 7-Data Validade da Sentença 19/11/01 2-5

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202500490850087710011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 2430313 INTERCAMBIO

13-Nome LINCONN ALVES LIMA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano LINCONN ALVES LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante ISABELLA ALVES GUIMARAES 18-Número no CRO 55716 19-UF MG 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0407338080011501 22-Nome do Contratado Executante NERO - NUCLEO ESPECIALIZADO EM RADIOLOGIA 23-Número no CRO 25888 24-UF MG 25-Código CNES 7506023

26-Nome do Profissional Executante VANELLE VELOSO DE OLIVEIRA CAMPOS COSTA 27-Número no CRO 25888 28-UF MG 29-Código CBO S 09 Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (38) 32211332, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Barão Rio Branco, 608; CENTRO, MONTES

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
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	10	0,10			01/08/25		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão 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\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		178,00								

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 Paciente-Dentista Solicitante 01/09/25 51-Data local e Assinatura do Guinheiro 01/09/25 52-Data local e Assinatura do Responsável 01/09/25 53-Data local e Assinatura da Empresa 01/09/25

NUCLEO ESPECIALIZADO EM RADIOLOGIA
CNPJ 07.093.088/0001-08
Rua: Barão Rio Branco, 608 - Centro, Montes - MG