



2417282
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/08/2012 3-Data de Autorização 11/08/2012 4-Será AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 14220808 6-Data Validade da Guia 10/07/2012 7-Nº 10/07/2012

Dados do Beneficiário

8-Idade da Carteira 10/02/2012 9-Fluio POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNICOR ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-None THAYANE SILVEIRA CAMPOS 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano TANIA MARIA LIMA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENIS SAMUEL SILVEIRA LOPES 18-Número no CRO 35311 19-UF MG 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1040173808101510 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 Excitante VANELE VELOSO DE OLIVEIRA CAMPOS COSTA 27-Número no CRO 25888 28-UF MG 29-Código CBO S 09

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- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1 -	00181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	0,00	0,00	01/08/2012	Thayane		
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- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45-Tipo de Enlramento 1- Total 2- Parcial 46-Total Quantidade US 7,80 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/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 Contratado-Dentista Solicitante 01/08/2012 51-Data, local e Assinatura do Contrato-Operadora 01/08/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/08/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/08/2012

ADICIONADO ESPECIALIZADO EM RADIOLOGIA
Thayane Silveira Campos