



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/10/19 12:01		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50189825		7-Data Validade da Sineta 07/11/21 12:01			
8-Número da Carteira 0037199940648583991		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa J C R MELLO CORRET		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700802455796180			
13-Nome TERESINHA DE FATIMA DE JESUS R		19/12/1962		14-Telefone () 11 11 11 11 11 11		15-Nome do titular do plano JULIO CESAR RUBIO DE MELLO					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		18-Número no CRO 37184		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 667226247753		22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		23-Número no CRO 37184		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		27-Número no CRO 37184		28-UF RJ		29-Código CBO S		Faturar Empresa			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	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
1-0101811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00		10/09/20	
2-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	35,00	0,00	0,00		10/09/20	
3-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	35,00	0,00	0,00		10/09/20	
4-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	35,00	0,00	0,00		10/09/20	
5-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	35,00	0,00	0,00		10/09/20	
6-0101870000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM				1	59,00	0,00	0,00		10/09/20	
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento									
10/10/20	1-Tratamento Odontológico	46-Tipo de Faturamento									
		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 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 de 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											

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante
10/09/20 Luis Alberto P. S. Taborda

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/09/20 Luis Alberto P. S. Taborda

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/09/20 Luis Alberto P. S. Taborda

53-Data, local e Assinatura da Empresa
10/09/20 Luis Alberto P. S. Taborda