



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/25	4-Data de Autorização 20/10/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14480036	7-Data Validade da Senha 12/12/25
8-Número da Carteira 09720234486000032			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TALYTHA SANTOS MENDONCA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ELIANE PECANHA SANTOS MENDONCA			14-Telefone (21) 9965-2731	15-Nome do titular do plano TALYTHA SANTOS MENDONCA	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA Flavio Rodrigues da Costa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04224639000101		22-Nome do Contratado Executante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		23-Número no CRO 5824 1852	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante RUBENS RAYMUNDO JUNIOR		26-Número no CRO 5824		27-UF RJ	28-Código CBO S 09
29-Código CNES 3466590					
30-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO	AVX		1	222,00	0,00		S	13/10/2025	5x10	
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	13/10/2025	2x10	
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	13/10/2025	2x10	
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 250,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 Ato 81000294: Apresentar justificativa para autorizacao do procedimento Ato 81000294: Necessario anexar radiografia no site para autorizacao		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/25 RUBENS RAYMUNDO JUNIOR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/25 Talytha Santos Mendonca	53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/10/25 RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA - EPP
--	--	--	---	--