concluida 29/06/20

315315

Número	Data de Emissão	Data de Autorização	Senha	Número da Guia Principal	Data Validade da Senha
406414	20/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7576452	18/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205262123000019 01	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ITATIAIA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
SERGIO MURILO NUNES 01/10/1971	( ) -	SERGIO MURILO NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
7728301560 4	ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85400220-13
(I) 81000421-

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 Glosa	42-Assinatura
1-	00	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	13		1	154,00	0,00		S	16/06/20		
2-	00	85402220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	13		1	299,00	0,00		S	16/06/20		
3-	00	81004021	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	16/06/20		
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista 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-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Prótese	1-Total 2-Parcial	467,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em [illegible]

49-Data Início do Tratamento Dentista Solicitante	50-Término do Tratamento Dentista Solicitante	51-Data Início do Tratamento Dentista Responsável	52-Término do Tratamento Dentista Responsável	53-Data Recebimento na Empresa
	16/06/20	16/02/20		

Dr. Aloisio Tulio de Lara Massote
Cirurgião Dentista
CRO -RJ 19107