

1 - Registro ABO	2 - Data de Emissão da Guia	3 - Data de Autoproteção	4 - Sexo	5 - Data Validade da Guia	6 - Número da Guia Principal
ANS - nº 41465 - 4	15/12/2022	/ /		/ /	1875750
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira	8 - Nome	9 - Empresa	10 - Data Validade da Carteira	11 - Número do Cadastro Nacional da Guia	
60077101	FAMILIA SORRISO NALIN	Individual/Famili	/ /		
12 - Nome		13 - Telefone	14 - Nome do Titular do Plano		
DOUGLAS MACHADO SILVA		(11) (11) -			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Número do CRO	17 - UF	18 - Código CBO S		
31460	João Luis Sendra	RJ			
19 - CBO S NA OPERAÇÃO / CBO S / CBO S	20 - Número do CRO	21 - UF	22 - Código CBO S		
31460	45543	RJ			
23 - Nome do Profissional Executante	24 - Número do CRO	25 - UF	26 - Código CBO S		

27 - Procedimento	28 - Código do Procedimento	29 - Descrição	30 - Dente/Região	31 - Face	32 - QD	33 - Quantidade QD	34 - Valor R\$	35 - Franquia/Co-participação R\$	36 - Aut	37 - Data da Realização	38 - Assinatura
1	81000065	Consulta odontológica inicial + Ativid				22		0		15/12/2022	
2	85300047	Raspagem supra-gengival	AS			45,76		0		22/12/22	
3	85300047	Raspagem supra-gengival	AI			45,76		0		22/12/22	
4										/ /	
5										/ /	
6										/ /	
7										/ /	
8										/ /	
9										/ /	
10										/ /	
11										/ /	
12										/ /	
13										/ /	
14										/ /	
15										/ /	
16										/ /	
17										/ /	
39 - Data Prevista Término do Tratamento	40 - Tipo de Atendimento	41 - Tipo de Tratamento	42 - Total da Franquia	43 - Total da Participação	44 - Total da Franquia / Co-participação R\$	45 - Valor Total R\$	46 - Total Franquia / Co-participação R\$				
	1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Odontologia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria	1 - Total 2 - Parcela	113,52				0				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, meios, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, sou eu e/ou a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as condições de pagamento e a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a assinar com o custo conforme previsto em contrato.

Esta Guia tem validade de 06 meses, a partir da data de emissão, para o mesmo paciente. Após este prazo os tratamentos serão considerados extraordinários e as mesmas informações sobre o custo não se aplicam. Consulte em nosso site o RPT - Resposta do Plano de Tratamento.

47 - Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante	48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	49 - Data, local e Assinatura do Responsável pelo Tratamento	50 - Data, local e Assinatura do Responsável pelo Tratamento
22/12/22 João Luis Sendra Cirurgião Dentista CRO/RJ 45543	22/12/22 João Luis Sendra Cirurgião Dentista CRO/RJ 45543	22/12/22 João Luis Sendra Cirurgião Dentista CRO/RJ 45543	22/12/22 João Luis Sendra Cirurgião Dentista CRO/RJ 45543