



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/6/10 21/2/14	4-Data de Autorização 12/2/10 21/2/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12135143	7-Data Validade da Senha 10/6/10 5/1/2/14
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira	0002025025306700066601
9-Filho	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS
11-Data Validade da Carteira	
12-Número do Cartão	

13- Nome SERGIO COSTA NUNES DOS SANTOS	10/03/1998	14- Telefone (()) - () () () () () ()	15- Nome do titular do plano SERGIO COSTA NUNES DOS SANTOS
--	------------	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acordamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 -
N	RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	8958	BA		Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	010818485160000100
22-Nome do Contratado Exatidão	R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA
23-Número no CRO	8958
24-UF	BA
25-Código CNES	6127290

26-Nome do Profissional Exercente	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	8958	BA	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

43- Data Previsto Término do Tratamento 22/10/2021	44- Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 1178,00	47- Valor Total R\$ 10,00	48- Total Franquia - Co-participação R\$ 1,00
---	---	---	------------------------------------	------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido(a) quanto aos procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme forma apresentada, sou eu, o/da titular do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(são) 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

48 Observação

Arline Vaz

Arline Vaz

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Arline Vaz

51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Arline Vaz

52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Arline Vaz

53 Data, local e Assinatura da Empresa

Arline Vaz

50-Data, local e Assinatura do Cargado de Dentista	12/21/0211/21	12/21/0211/21	12/21/0211/21
51-Data, local e Assinatura do Cargado de Dentista	12/21/0211/21	12/21/0211/21	12/21/0211/21
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/21/0211/21	12/21/0211/21	12/21/0211/21
53-Data, local e Cargado da Empresa	12/21/0211/21	12/21/0211/21	12/21/0211/21