

2-N^o

Dados do Beneficiário

SUELEN MENDES ALVES DOS SANTOS

28/08/2007

14-letione

ELIEL ALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
--------------------------	---

18-Número no CRC
895819-UF
BA20-Código CBO SFaturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA

23-Número no CRC
8958

24-UF
BA25-Código CNES
6127290

Enviar - F
(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante27-Numero no CRU
805828-07
BA23-Código CBU 5(1) 85100200Plano de Tratamiento / Procedimientos 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- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	03/02/2011		[Assinatura]
2- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OD	1	8 8 0 0	0 0 0 0		S	06/02/2011		[Assinatura]
3- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	8 8 0 0	0 0 0 0		S	06/02/2011		[Assinatura]
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

4.3- Data Prevista Término do Tratamento

4.4- 1º ou de Acondicionamento

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

1.1- 1º ou 2º de Acondicionamento

1- Total 2- Parcial

1.1- 1º ou 2º de Acondicionamento US

2 3 7 0 0

1.1- 1º ou 2º de Acondicionamento US

0 0 0 0

1.1- 1º ou 2º de Acondicionamento US

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) acima, e por mim assinado(s), tor(n)am 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

3-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958