



Dados do Beneficiário

13- Nome	14- telefone	15- Nome do titular do plano
VANESSA SANTOS DA COSTA	25/06/1983	VALDENY DE JESUS VITOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	6 9 3 1 2 0 6 0 2 8 7 1 1 1
22-Nome do Contratado - Executante	RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
23-Número no CNO	8958
24-UF	BA
25-Código CNES	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- F-ace	35- Old	36- Quantidade US	37- Valor	38- Faturado/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

A vertical ruler with markings from 0 to 6 inches. The markings are in inches, with major ticks every inch and minor ticks every half inch. The ruler is oriented vertically with the 0 mark at the top and the 6 mark at the bottom.A vertical ruler with markings from 10 down to 1. The markings are as follows: 10 (top), 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 (bottom). The ruler is oriented vertically.[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]A vertical ruler with markings from 0 to 13 inches. The markings are in inches, with major ticks every inch and minor ticks every half-inch. The number 13 is at the top, and the markings continue down to 0 at the bottom.[illegible]A vertical ruler with markings from 1 to 15 cm. The markings are in centimeters, with millimeter increments indicated between the centimeter numbers. The ruler is oriented vertically, with the 1 cm mark at the top and the 15 cm mark at the bottom.[illegible]

43-Dado Provisório término do tratamento 10/6/11 02/11/11

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional.

Declaro, que após ter sido devidamente informado sobre os termos e condições de prestação dos serviços, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), for(ão) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), for(ão) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), for(ão) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória.

49. Observação:
referentes ao tratamento realizado, complementando-se a ficha com os dados conforme previsto em contrato.

Na Assis. L. de Queiroz

Dr. José de Oliveira
Cirurgião Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	01/05/2017 Dr. Roberto L. M. de Almeida Cirurgião-Dentista
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CNO-BA	01/05/2017 CNO-BA - 14.557
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	01/05/2017 Márcia L. de Almeida
53-Data, local e Canto da Empresa	01/05/2017 Márcia L. de Almeida

09/02/21	09/02/21	09/02/21	09/02/21
CR0-BA-14537			