



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/11 11/12/31 4-Data de Autorização 11/11/11 11/12/31 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11857814 7-Data Validade da Guia 10/4/11 01/12/14

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/2/5/3/0/6/7/0/0/0/5/8/1/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/11

13-Nome JOSE TIAGO CAMARA PEREIRA 14-Telefone () 21/11/1987 15-Nome do titular do plano JOSE TIAGO CAMARA PEREIRA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/8/8/4/8/5/1/6/0/0/0/1/0/0/0 22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME 23-Número no CRO 8958 24-UF BA 25-Código CNES 6127290

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	11	144,00	0,00			11/11/11		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 144,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/11/11

Elis E. dos Santos Paixão

Cirurgiã-Dentista

CRO-BA: 21869

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/11

Elis E. dos Santos Paixão

Cirurgiã-Dentista

CRO-BA: 21869

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/11

JOSE TIAGO CAMARA PEREIRA

53-Data, local e Assinatura da Empresa

11/11/11