

2-N<sup>o</sup>

### Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 2 | 5 | 3 | 0 | 6 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS

11-Data Validade da Carteira: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
TALES FERREIRA MUTI

26/10/199114-Telephone (11)

15-Nome do titular do plano  
TALES FERREIRA MUTI

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

|                          |                                                                  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|

18-Número no CRO  
895819-UF  
BA20-Código CBO S025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1088485160001000

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

23-Número no CRC  
8958

24-UF  
BA

25-Código CNES  
6127290

26-Nome do Profissional Executante  
**RODRIGO SOUZA MASCARENHAS**

27-Número no CRO  
895828-UF  
BA29-Código CBO SPlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento  
21/06/2013

|                        |               |
|------------------------|---------------|
| 44-Tipo de Alojamiento | 1-Tratamiento |
|------------------------|---------------|

2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento  
| 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US\$ 4

111

149. Total Eranthis / Co-Occurrence: 125

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folheto(m) 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: 21/01/2011  
Dr. Alexandre de Oliveira Vasconcelos  
CRM-PA 24085

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião  
12/05/2023

Dr. Ana Delaine  
Cirurgiã-Dentista  
CRP-04 24005

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

5.3 Data: 10/11 e Carimbo da Empresa