



Tratamento para você bem

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012 4-Data de Autorização 20/11/2012 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9413115 7-Data Validade da Semeta 19/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525306700014103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome PEDRO EMERSON DOS SANTOS DE JESUS 14-Telefone 27/02/2012 15-Nome do titular do plano UOTON EMERSON DE JESUS

Dados do Contratado Respon pelo Tratamento

16-Aumento a RN 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 169312060287 22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 23-Número no CRO 8958 24-UF BA 25-Código CNES

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-Dentista Regido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-De a de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/2012 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exat e Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade e US 146,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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, ainda que o(s) procedimento(s) classificado(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram real zado(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: radiológico, complementando-me a ser com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Dr. Karen Lima Silva 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Karen Lima Silva 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/01/2012

CRO-BA 8958