



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/9/11 4-Data de Autorização 12/9/11 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9433767 7-Data Validade da Santa 12/9/10 8-Data Validade da Santa 12/9/10 9-Data Validade da Santa 12/9/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202525306700023103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS 11-Data Validade da Carteira 12/9/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDREA DOS SANTOS 18/03/1984 14-Telefone 15-Nome do titular do plano BRUNO DOS SANTOS

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 Operação / CNPJ / CPF 1691312060287 22-Nome do Contratado Estudante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 23-Número no CRO 8958 24-UF BA 25-Código CNEB 26-Nome do Profissional Estudante 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Montante da Guia	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00	5	12/9/11	12/9/11	Andréa
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/9/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido, os custos, riscos, 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), foi(foram) 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.

Assinatura do Beneficiário: Ana Luísa B. Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 22290

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/9/11 12/9/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/11 12/9/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/11 12/9/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/9/11 12/9/11