

Dados do Beneficiário

KARIELLE SANTANA DOS SANTOS	13/08/1999	(<u> </u>) <u> </u> - <u> </u>	KARIELLE SANTANA DOS SANTOS
-----------------------------	------------	---	-----------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
--------------------------	--

21-Código na Operadora (CNPJ/CPF)	1210810218040000111
22-Nome do Contratado Excluído	RV MASCARENHAS LTDA - EPP (EMERGENCIA 24
23-Número no CRO	14537
24-UF	BA
25-Código CNES	7688776

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Totalidade	32-Descrição	33-Denominigão	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
---------------	--------------	----------------	----------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

CONSULTA ODONTOLÓGICA DE																							
1-	0	0	8	1	0	0	0	5	7														
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							

43-Data Previsto Término do Tratamento
28/10/1991

44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Exame
☐ 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US\$
34,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Ferreira

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido(a) sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas ao tratamento, conforme acima apresentamos, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folio(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.

49-Observação

45-Observação	Ajuste com 100% de sucesso				25	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Beneficiário	Ajuste com 100% de sucesso				25	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	Ajuste com 100% de sucesso				25	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	Ajuste com 100% de sucesso				25	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista
53-Dia, local e Carimbo da Empresa	Ajuste com 100% de sucesso				25	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista	10/11/2021	Dr. Márcio Mascarenhas Dentista

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958

25

25