



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/01/05 4-Dia de Autorização 17/01/05 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11199788 7-Dia Validade da Senha 10/08/08 1443913 INTERCÂMBIO

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira 10102025253067000475011 9-Fruto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS 11-Dia Validade da Carteira 11/01/05 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LEILA LUZIA ARAUJO SOARES 23/10/1978 14-Telefone ( ) - - - - - 15-Nome do titular do plano LEILA LUZIA ARAUJO SOARES

**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 Operadora / CNPJ / CPF 1884851600010101 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-Dia de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|------------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0001853000471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HASD         | 11              | 36      | 100    | 10,00            | 11,17    | 105,00                          | 11,17  | 05/08                |                    |               |
| 2-0001853000471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAID         | 11              | 36      | 100    | 10,00            | 11,17    | 105,00                          | 11,17  | 05/08                |                    |               |
| 3-0001853000471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HASE         | 11              | 36      | 100    | 10,00            | 11,17    | 105,00                          | 11,17  | 05/08                |                    |               |
| 4-0001853000471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 11              | 36      | 100    | 10,00            | 11,17    | 105,00                          | 11,17  | 05/08                |                    |               |
| 5-0001853000471  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 6-0001853000471  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 7-0001853000471  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 8-0001853000471  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 9-0001853000471  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 10-0001853000471 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 11-0001853000471 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 12-0001853000471 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 13-0001853000471 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 14-0001853000471 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 15-0001853000471 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |

43-Dia Previsto Término do Tratamento 11/05/08 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1144,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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) 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Angela Luiza B. Fontes

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/01/05/08 Angela B. Fontes

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/05/08 Leila Luiza Araujo Soares

53-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/01/05/08 Angela B. Fontes

54-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/01/05/08 Angela B. Fontes

CRO-BA 22290

CRO-BA 22290