



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/04 11/21	4-Data de Autorização 12/11/04 11/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9821670	7-Data Validade da Sentença 12/11/07 11/21
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00021021521530670041815011	9-Ponto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 954516
--	--------------------------------	---	--	---

13-Nome RONIVON CRISPINIANO SALOMAO DE CAMPOS	19/11/1976	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RONIVON CRISPINIANO SALOMAO DE CAMPOS
--	------------	------------------------------	--

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 161931121060287111	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958
	28-UF BA
	29-Código CRO S
	23-Número no CRO 8958
	24-UF BA
	25-Código CNES
	20-Código CRO S
	19-UF BA
	18-Número no CRO 8958
	225 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Reflexo	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fração	35-Cto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01820100816	EXODONTIA A RETALHO	24	1	1	731010	0101010	51121000112211	21/11/04	11/21		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Dan Previsão Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
2211041121	1 Tratamento Odontológico	1 Total 2 Parcial	731010	1011010								

Declaro, que não se trata de tratamento estético, mas de tratamento necessário, conforme acima apresentado, aceto e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceto com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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, comprometendo-me a arcar, com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura do Profissional Contratado: _____

Assinatura do Profissional Solicitante: _____

Assinatura do Profissional Executante: _____