



Dados do Beneficiário

13- Nome	14- Telefone	15- Nome do titular do plano
GEOVANE DE JESUS DE OLIVEIRA	29/07/1993 () -	GEOVANE DE JESUS DE OLIVEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	08848516000100
22-Nome do Contratado Especialite	R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA
23-Número no CRO	8958
24-UF	BA
25-Código CNES	6127290

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

2-1

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

43-Dia Previsto Trabalho do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido(a) 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) descrito(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.

48-Observação

50-Dados Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/Responsável	51-Dados Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dados Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dados Local e Carimbo da Empresa
14/10/2015 Dra. Caroline Vaz Dentista	14/10/2015 Dra. Ana Caroline Vaz Dentista	14/10/2015 Dra. Caroline Vaz Dentista	14/10/2015 Dra. Caroline Vaz Dentista

Cirurgia 24085
CRO-BA

Caroline Vaz
Ana Carolina Dentista
CRO-BA 24085

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
Beneficiário: Wladimir da Silva
17-03-95

53-Data local e Carimbo da Empresa
14/11/2011 215