



2235106  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/03/25 | 4-Data de Autorização<br>08/03/25 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13617571 | 7-Data Validade da Senha<br>06/06/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                         |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202525306700047104 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                         |  |                           |                                                              |
|-----------------------------------------|--|---------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>CARLOS FERNANDO CAIRO ARAUJO |  | 14-Telefone<br>25/02/2005 | 15-Nome do titular do plano<br>JOSE CARLOS RIBEIRO DE ARAUJO |
|-----------------------------------------|--|---------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                          |  |                                               |                          |             |                       |                          |
|--------------------------|--|-----------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLIORP | 18-Número no CRO<br>8958 | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S<br>10 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|--|-----------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

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

|                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS | 27-Número no CRO<br>8958 | 28-UF<br>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-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 08/03/25              |                    |               |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                             |                                           |                                 |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 143-Data Emissão / Entrega do Tratamento<br>08/03/25 | 144-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>Total 0 Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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 a arcar 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.

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| 49-Observação |  |  |  |
|---------------|--|--|--|

|                                                                                                                                               |                                                                                                                                   |                                                                                                       |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante<br>08/03/25<br>Dr. Paloma A. Gonçalves<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO - BA 23213 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista<br>08/03/25<br>Dr. Paloma A. Gonçalves<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO - BA 23213 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/03/25<br>Carlos Fernando Cairo Araujo | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/03/25 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|