



2224772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2012	4-Data de Autorização 12/05/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13583429	7-Data Validade da Senha 12/05/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202511170236000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAMILA DE ALMEIDA FERREIRA			14-Telefone 05/01/1989 () -	15-Nome do titular do plano CAMILA DE ALMEIDA FERREIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA CAROTTA CHECCHIA		18-Número no CRO 47046	19-UF SP	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 418503142000106		22-Nome do Contratado Executante CENTRO ODONTOLÓGICO ARAES LTDA		23-Número no CRO 47046	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA CAROTTA CHECCHIA		27-Número no CRO 47046		28-UF SP	29-Código CBO 8

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	24/03/25		<i>Carla</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/03/25	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcelal	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 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 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.

49-Observação			
Centro Odontológico Araés			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/25 <i>Carla C. Checchia</i> CRO 47046 Cirurgia Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/25 <i>Carla C. Checchia</i> CRO 47046 Cirurgia Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/25 <i>Carla C. Checchia</i>	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/25 <i>Carla C. Checchia</i> CNPJ: 48.503.142/0001-06