



2381780
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/25	4-Data de Autorização 16/07/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14106509	7-Data Validade da Senha 12/09/25
8-Número da Carteira 00202510550601412001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAROLINE CAMPOS DE OLIVEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CAROLINE CAMPOS DE OLIVEIRA	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLA CRISTINA CAROTTA CHECCHIA		18-Número na CRO 47046	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 48503142000106		22-Nome do Contratado Executante CENTRO ODONTOLOGICO ARAES LTDA		23-Número na CRO 47046	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA CAROTTA CHECCHIA		27-Número na CRO 47046		28-UF SP	29-Código CBO S
				30-Código CBO S	025 - Faturar Empresa

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00			23/10/25		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/25	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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/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 23/10/25 Carla C.C. Checchia	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/25 Carla C.C. Checchia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/25 Caroline Campos de Oliveira	53-Data, local e Assinatura do Profissional 23/10/25
---------------	---	---	---	---

Centro Odontológico Araés
CNPJ: 48.503.142/0001-06