



2381753
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 14106466	7-Data Validade da Senha 12/09/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

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 26/08/1985	15-Nome do titular do plano CAROLINE CAMPOS DE OLIVEIRA	

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 S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 48503142000106	22-Nome do Contratado Executante CENTRO ODONTOLOGICO ARAES LTDA	23-Número no CRO 47046	24-UF SP	25-Código CNES 4065123	
26-Nome do Profissional Executante CARLA CRISTINA CAROTTA CHECCHIA		27-Número no CRO 47046	28-UF SP	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
1-00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	26		1	8,00	0,00		S	23/07/25		Carla C.C. Checchia
2-00	8100049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/25		Carla C.C. Checchia
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/07/25	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 42,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/25 Dra. Carla C.C. Checchia CRO 47046 Cirurgia Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/25 Dra. Carla C.C. Checchia CRO 47046 Cirurgia Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/25 Caroline Campos de Oliveira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 23/07/25 Centro Odontológico Araés CNPJ 48.503.142/0001-06
---	---	--	--