



1912741
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/24	4-Data de Autorização 18/06/24	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12584693	7-Data Validade da Senha 09/09/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025114142200057701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ABPS ASSOCIACAO BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LINDALCI MARIA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LINDALCI MARIA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABRICIO BALBI CELESTINO	18-Número no CRO 31005	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18257050000114	22-Nome do Contratado Executante CLICKDENT CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 31005	24-UF MG	25-Código CNEB 7461259
26-Nome do Profissional Executante FABRICIO BALBI CELESTINO		27-Número no CRO 31005	28-UF MG	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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00			18/06/24		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 18/06/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/06/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005



1919663
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/24	4-Data de Autorização 24/06/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12606344	7-Data Validade da Senha 15/09/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025114142200053801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ABPS ASSOCIACAO BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VITORIA DE ASSIS SILVA	14-Telefone 05/08/2002	15-Nome do titular do plano VITORIA DE ASSIS SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABRICIO BALBI CELESTINO	18-Número no CRO 31005	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18257050000114	22-Nome do Contratado Executante CLICKDENT CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 31005	24-UF MG	25-Código CNES 7461259
26-Nome do Profissional Executante FABRICIO BALBI CELESTINO	27-Número no CRO 31005	28-UF MG	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.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	14,00	0,00		S	24/06/24		X
2.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	24/06/24		X
3.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	24/06/24		X
4.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	24/06/24		X
5.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	24/06/24		X
6.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	24/06/24		X
7.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	24/06/24		X
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 510,00	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 24/06/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/06/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005