



2143974
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/24	4-Data de Autorização 16/12/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13331760	7-Data Validade da Senha 16/03/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511761200050501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VILMAR MARTINS DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VILMAR MARTINS 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 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-Faca	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		S	16/12/24		
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 16/12/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005



2130462
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/24	4-Data de Autorização 16/12/24	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13286618	7-Data Validade da Serha 03/03/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025116847000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAELA ROANY DE ABREU		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAELA ROANY DE ABREU	

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/12/24		X Rafaela
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	16/12/24		X Rafaela
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	16/12/24		X Rafaela
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	16/12/24		X Rafaela
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	16/12/24		X Rafaela
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	16/12/24		X Rafaela
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 422,00	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 16/12/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/24 Rafaela Roany	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005



2141305
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/24	4-Data de Autorização 16/12/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13323009	7-Data Validade da Senha 12/03/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025057465700000601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JANOX ACO INOXIDAVEL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HIGOR HENRIQUES FERREIRA DA SILVA		14-Telefone (31) 9950-8540	15-Nome do titular do plano HIGOR HENRIQUES FERREIRA DA SILVA	

Dados do Contrato 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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/12/24		✓ Higor
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	16/12/24		✓ Higor
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	16/12/24		✓ Higor
4	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61,00	0,00		S	16/12/24		✓ Higor
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	16/12/24		✓ Higor
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00		S	16/12/24		✓ Higor
7	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	16/12/24		✓ Higor
8	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	16/12/24		✓ Higor
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 544,00	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 16/12/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/24 Higor Henrique	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/24
---	---	--	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005