



1937350
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/24	4-Data de Autorização 02/07/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12665328	7-Data Validade da Senha 30/09/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025115567900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SILVANIA ANTONIA DA SILVA	14-Telefone 06/05/1980	15-Data de Nascimento () -	16-Nome do titular do plano SILVANIA ANTONIA 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-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	02/07/24		
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 34,00	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 02/07/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/07/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/07/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/07/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005



1930191
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2014	4-Data de Autorização 02/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12642377	7-Data Validade da Senha 23/09/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025115057700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA ARLETE SENA	14-Telefone 15/11/1964	15-Nome do titular do plano MARIA ARLETE SENA
------------------------------	---------------------------	--

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	144,00	0,00		S	02/07/2014		
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 02/07/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/07/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/07/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/07/2014
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005



1938471
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/24	4-Data de Autorização 02/07/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12668981	7-Data Validade da Senha 30/09/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251115057700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA ARLETE SENA	14-Data de Nascimento 15/11/1964	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA ARLETE SENA	

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 Operação / 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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00		S	02/07/24		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	02/07/24		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	02/07/24		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	02/07/24		
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 244,00	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 02/07/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/07/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/07/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/07/24
---	---	---	---