



1995282
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/24	4-Data de Autorização 29/08/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12855960	7-Data Validade da Senha 17/11/24
8-Data de Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202554414500000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WESLEY TIAGO VALDEMAR SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DERCILIANA APARECIDA TEIXEIRA	
16-Data de Conclusão do Tratamento					
16-Atendimento em 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 da Operadora / COPS / CPF 18207050000114		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		29-Código CBO S			

30-Data	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
19/08/24	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	29/08/24		Wesley
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 140,00	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 29/08/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/24 Wesley Tiago Valdemar Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/08/24
---	---	--	---

Dr. Fabricio B. Celestini
CRO-MG 31005