



1851360  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/10/2014 | 4-Data de Autorização<br>23/10/2014 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 8-Número da Guia Principal<br>12379664 | 7-Data Validade da Senha<br>15/07/2014 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202511234300093001 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DIRECAO ESTACIONAMENTOS SA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                  |                           |                                       |                                                      |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>AMANDA CRISTINA CRAVO | 14-Telefone<br>25/05/1994 | 15-Data Validade da Carteira<br>( ) - | 16-Nome do titular do plano<br>AMANDA CRISTINA CRAVO |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                 |                           |             |                                          |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 18-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FABRICIO BALBI CELESTINO | 18-Número no CRO<br>31005 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|

|                                                       |                                                                         |                           |             |                           |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>18257050000114 | 22-Nome do Contratado Executante<br>CLICKDENT CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | 23-Número no CRO<br>31005 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES<br>7461259 |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|

|                                                                |                           |             |                 |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FABRICIO BALBI CELESTINO | 27-Número no CRO<br>31005 | 28-UF<br>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-        | 0085200158                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 26              |         | 1      | 533,00           | 0,00     |                                 |        | 23/10/2014            |                    |               |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>533,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>23/10/2014 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>23/10/2014 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>23/10/2014 Amanda | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>23/10/2014 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|



1851363  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/04/24 | 4-Data de Autorização<br>23/04/24 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>12379666 | 7-Data Validade da Senha<br>15/07/24 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202511234300093001 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DIRECAO ESTACIONAMENTOS SA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                  |                           |                                                      |
|----------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>AMANDA CRISTINA CRAVO | 14-Telefone<br>25/05/1994 | 15-Nome do titular do plano<br>AMANDA CRISTINA CRAVO |
|----------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                |                                                                         |                           |                                 |                                          |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FABRICIO BALBI CELESTINO         | 18-Número no CRO<br>31005 | 19-UF<br>MG                     | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>18257050000114          | 22-Nome do Contratado Executante<br>CLICKDENT CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | 23-Número no CRO<br>31005 | 24-UF<br>MG                     | 25-Código CNEB<br>7461259                |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FABRICIO BALBI CELESTINO | 27-Número no CRO<br>31005                                               | 28-UF<br>MG               | 29-Código CBO S<br>(I) 85100200 | 30-Enviar - RX<br>(I) 85100200           |

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-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA R | 14              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | / /                   |                    |               |
| 2-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA R | 15              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | / /                   |                    |               |
| 3-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA   | 27              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/24              |                    | x             |
| 4-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA   | 17              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/24              |                    | x             |
| 5-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>298,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>23/04/24 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>23/04/24 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>23/04/24 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>23/04/24 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Fabricio B. Celestino  
CRO-MG 31005