



1895045
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 5 / 2 4	4-Data de Autorização 2 3 / 0 5 / 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12524928	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 8 / 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 6 8 0 5 3 1 0 0 0 0 1 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDGAR LUCAS LIMA SILVA		14-Telefone 04/08/2005	15-Nome do titular do plano POLLYANA ISABELE LIMA 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 1 8 2 5 7 0 5 0 0 0 1 1 4	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0		S	23/05/24		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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(ram) 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 23/05/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/05/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/05/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/05/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestin
CRO-MG 31005