



2132683
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/12/24	4-Data de Autorização 09/12/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13295083	7-Data Validade da Senha 05/03/25
---------------------------------	--	--	------------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025120244900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA RITA RODRIGUES PEREIRA DA SILVA		14-Telefone (00) 0000-0000	15-Nome do titular do plano ANA RITA RODRIGUES PEREIRA 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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	09/12/24		X [Assinatura]
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	09/12/24		X [Assinatura]
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	09/12/24		X [Assinatura]
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	09/12/24		X [Assinatura]
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 00/00/00	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 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	---	-----------------------------------	--

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 09/12/24 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/24 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/24 X [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/24
---	---	---	--

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005



2129144
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/24	4-Data de Autorização 04/12/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13282749	7-Data Validade da Senha 03/03/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025011761200062701	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 MARDOQUEU FRANCISCO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARDOQUEU FRANCISCO DOS SANTOS	

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-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/12/24		X
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 04/12/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/12/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio S. Celestino
CRO-MG 31005



2134576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/12/24	4-Data de Autorização 06/12/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13301357	7-Data Validade da Senha 06/03/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025011761200062701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARDOQUEU FRANCISCO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARDOQUEU FRANCISCO DOS SANTOS	

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
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

025 -
Faturar Empresa

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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	42		1	258,00	0,00		S	06/12/24		
2-	0085200115	RETRATAMENTO	43		1	385,00	0,00		S	06/12/24		
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 643,00	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 06/12/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/12/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/12/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/12/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005



2134607
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/12/24	4-Data de Autorização 06/12/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13301385	7-Data Validade da Senha 06/03/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025011761200062701	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 MARDOQUEU FRANCISCO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARDOQUEU FRANCISCO DOS SANTOS	

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	06/12/24		X
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00		S	06/12/24		X
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	06/12/24		X
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 183,00	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 06/12/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/12/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/12/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/12/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio Celestino
CRO-MG.1564