



2098281  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/11/24 | 4-Data de Autorização<br>09/11/24 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13189458 | 7-Data Validade da Senha<br>06/02/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                       |                                                           |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025045748200058601 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNION ADMINISTRADORA DE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ANA LUCIA SILVA DOS SANTOS         |                                | 14-Telefone<br>(31) 3991-7920         | 15-Nome do titular do plano<br>ANA LUCIA SILVA DOS SANTOS |                                       |

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           | 025 -<br>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         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 13              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/11/24              |                    |               |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 14              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/11/24              |                    |               |
| 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>122,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>09/11/24 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/11/24 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/11/24 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>09/11/24 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Fabricio B. Celestino  
CRO-MG 31005





2098279  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/11/24 | 4-Data de Autorização<br>08/11/24 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13189456 | 7-Data Validade da Senha<br>06/02/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                       |                                     |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025045748200058601 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNION ADMINISTRADORA DE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                       |                               |                                     |                                                           |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ANA LUCIA SILVA DOS SANTOS | 14-Telefone<br>(31) 3991-7920 | 15-Data de Nascimento<br>15/11/1996 | 16-Nome do titular do plano<br>ANA LUCIA SILVA DOS SANTOS |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

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 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-        | 0085200140                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 15              | 1       | 1      | 333,00           | 0,00     |                                 | S      | 09/11/24              |                    |               |
| 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>333,00 | 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>09/11/24 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/11/24 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/11/24 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>09/11/24 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Fabricio B. Celestino  
CRO-MG 31005





2099049  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/11/24 | 4-Data de Autorização<br>09/11/24 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>3191885 | 7-Data Validade da Senha<br>06/02/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                               |  |                                |                                      |                                                     |                                       |
|-----------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                         |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>002025117717400000101 |  | 14-Telefone<br>( ) -           |                                      | 15-Nome do titular do plano<br>JULIO CESAR DA SILVA |                                       |
| 13-Nome<br>JULIO CESAR DA SILVA               |  | 25/06/1981                     |                                      |                                                     |                                       |

|                                                                |                                                                 |                                                                         |                           |                           |                          |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                                 | 18-Número no CRO<br>31005                                               | 19-UF<br>MG               | 20-Código CBO S           | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FABRICIO BALBI CELESTINO | 23-Número no CRO<br>31005                                               | 24-UF<br>MG               | 25-Código CNES<br>7461259 |                          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>18257050000114          |                                                                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>CLICKDENT CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | 27-Número no CRO<br>31005 | 28-UF<br>MG               |                          |
| 28-Nome do Profissional Executante<br>FABRICIO BALBI CELESTINO |                                                                 |                                                                         |                           |                           |                          |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--|--|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 30-Tabela                                       | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 1-                                              | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 11              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |  |  |                                 |        | 09/11/24              |                    |               |
| 2-                                              | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 12              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |  |  |                                 |        | 09/11/24              |                    |               |
| 3-                                              | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 13              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |  |  |                                 |        | 09/11/24              |                    |               |
| 4-                                              | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 14              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |  |  |                                 |        | 09/11/24              |                    |               |
| 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>244,00 | 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>09/11/24 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/11/24 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/11/24 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>09/11/24 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Fabricio B. Celestino  
CRO-MG 31005