



2116077
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/24	4-Data de Autorização 29/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13240339	7-Data Validade da Senha 20/02/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511171250000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CLARA COUTINHO ALMEIDA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLEIDE BARBOSA COUTINHO	

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 CNEB 7461259
26-Nome do Profissional Executante FABRICIO BALBI CELESTINO		27-Número no CRO 31005	28-UF MG	29-Código CBO S

85.40

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	11	V	1	61,00	0,00		S	29/11/24		Ana Clara
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00		S	29/11/24		Ana Clara
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	29/11/24		Ana Clara
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	29/11/24		Ana Clara
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 244,00	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 29/11/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/24 Ana Clara	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005



2115215
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/24	4-Data de Autorização 22/11/24	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13237657	7-Data Validade da Senha 20/02/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025114868800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA APARECIDA FIRMINO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA FIRMINO	

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	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	258,00	0,00		S	22/11/24		
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 258,00	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

Observação: Atualizado e finalizado			
-------------------------------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/11/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 22/11/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005



2115183
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/24	4-Data de Autorização 22/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13237595	7-Data Validade da Senha 20/02/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025114868800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA APARECIDA FIRMINO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA FIRMINO	

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	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	12		1	258,00	0,00		S	22/11/24		
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 258,00	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 22/11/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005



2116075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/24	4-Data de Autorização 29/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13240308	7-Data Validade da Senha 20/02/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025111712500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA CLARA COUTINHO ALMEIDA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLEIDE BARBOSA COUTINHO		
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	186.55
26-Nome do Profissional Executante FABRICIO BALBI CELESTINO		27-Número no CRO 31005	28-UF MG	29-Código CBO S	

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	46		1	533,00	0,00		S	29/11/24		<i>Ana Clara</i>
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 533,00	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 29/11/24 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/24 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/24 <i>Ana Clara</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/24 <i>[Carimbo]</i>
---	---	--	--

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005