



2014530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2014	4-Data de Autorização 05/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12917784	7-Data Validade da Senha 02/12/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025114142200067601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ABPS ASSOCIACAO BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MILTON FERREIRA AGUIAR 18/05/1956		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MILTON FERREIRA AGUIAR	

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 ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/09/24		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	05/09/24		
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 178,00	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 05/09/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/09/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/09/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/09/24
---	---	---	---

Dr. Fabricio B. Celestino
CRO-MG 31005