



2161906  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/01/25 | 4-Data de Autorização<br>16/01/25 | 5-Serha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13379027 | 7-Data Validade da Senha<br>09/04/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                      |                                                         |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025054720800199503 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>TUPY MINAS GERAIS LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>MARIANA SILVA CORDEIRO DE MELO     |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>MARCILIO RESENDE DE MELO |                                       |

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 -<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.        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/01/25              |                    |               |
| 2.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         | 1      | 144,00           | 0,00     |                                 | S      | 16/01/25              |                    |               |
| 3.        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 21              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/01/25              |                    |               |
| 4.        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 23              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/01/25              |                    |               |
| 5.        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 31              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/01/25              |                    |               |
| 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>361,00 | 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>16/01/25 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>16/01/25 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/01/25 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>16/01/25 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Fabricio B. Celestino  
CRO-MG 31005



2150909  
INTERCÂMBIO

|                                                                |                                                                         |                                      |                                                       |                                        |                                      |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>20/12/24                                   | 4-Data de Autorização<br>20/12/24    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                 | 6-Número da Guia Principal<br>13349341 | 7-Data Validade da Senha<br>20/03/25 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                                         |                                      |                                                       |                                        |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202511684700000101                   | 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  |                                      |
| 13-Nome<br>RAFAELA ROANY DE ABREU                              |                                                                         | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>RAFAELA ROANY DE ABREU |                                        |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                                         |                                      |                                                       |                                        |                                      |
| 16-Atendimento<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>1825705000114           | 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 Contratado<br>FABRICIO BALBI CELESTINO |                                                                         | 27-Número no CRO<br>31005            | 28-UF<br>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         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 11              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/12/24              |                    | X Reparo      |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 12              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/12/24              |                    | X Reparo      |
| 3         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 13              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/12/24              |                    | X Reparo      |
| 4         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 21              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/12/24              |                    | X Reparo      |
| 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-Exat 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>20/12/24 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>20/12/24 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>20/12/24 X Reparo | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>20/12/24 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Fabricio Balbi Celestino  
CRO-MG 31005



**2158891**  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/01/25 | 4-Data de Autorização<br>09/01/25 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13370124 | 7-Data Validade da Senha<br>07/04/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                      |                                                        |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025545022000001011 | 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 |
| 13-Nome<br>MARIA DO CARMO DE JESUS            |                                | 14-Telefone<br>10/12/1954            | 15-Nome do titular do plano<br>MARIA DO CARMO DE JESUS |                                       |

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 -        |
| 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<br>(I) 85100218 |

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-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 22              | DVP     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 09/01/25              |                    | Yonara        |
| 2-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 21              | MVD     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 09/01/25              |                    | Yonara        |
| 3-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 13              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/01/25              |                    | Yonara        |
| 4-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 11              | MDV     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 09/01/25              |                    | Yonara        |
| 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>427,00 | 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>09/01/25 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/01/25 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/01/25 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>09/01/25 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Fabricio B. Celestino  
CRO-MG 31005



2161926  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/01/25 | 4-Data de Autorização<br>16/01/25 | 5-Serha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13379039 | 7-Data Validade da Senha<br>09/04/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                      |                                                         |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025054720800199502 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>TUPY MINAS GERAIS LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JULIA CORDEIRO RESENDE             |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>MARCILIO RESENDE DE MELO |                                       |

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-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/01/25              |                    |               |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         | 1      | 144,00           | 0,00     |                                 | S      | 16/01/25              |                    |               |
| 3-        | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA      | 21              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/01/25              |                    |               |
| 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>239,00 | 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), 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>16/01/25 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>16/01/25 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/01/25 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>16/01/25 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Fabricio B. Celestino  
CRO-MG 31005