



2509071
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/2015	4-Data de Autorização 20/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14507839	7-Data validade da Senha 19/12/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025121100500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703409219949011
13-Nome DAYSE GABRIELA ABRANCHES BACTZ		14-Telefone 18/12/1984		15-Nome do titular do plano DAYSE GABRIELA ABRANCHES BACTZ		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOELTON VARGAS PINTO	18-Número no CRO 8887	19-UF MS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00438521145	22-Nome do Contratado Executante JOELTON VARGAS PINTO	23-Número no CRO 8887	24-UF MS	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante JOELTON VARGAS PINTO		27-Número no CRO 8887	28-UF MS	29-Código CBO S	(I) 85100218 (I) 85100218	

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	21	VDM	1	122,00	0,00		S			Dayse
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DVP	1	122,00	0,00		S			Dayse
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	IMP	1	122,00	0,00		S			Dayse
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DMP	1	122,00	0,00		S			Dayse
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	VMD	1	122,00	0,00		S			
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/10/25	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 610,00	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 Ato 85100218: Necessário anexar radiografia no site para autorizacao Ato 85100218: Necessário apresentacao de foto inicial para autorizacao	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/10/25 campo grande Joelton Vargas Pinto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/25 campo grande Joelton Vargas Pinto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/25 campo grande Dayse Gabriela Abranches Bactz	53-Data, local e Caimbo de Empresa 31/10/25 campo grande Joelton Vargas Pinto
---	---	---	---	--

Dr. Joelton Vargas
Cirurgião-Dentista
CRO/MS 8887

Dr. Joelton Vargas
Cirurgião-Dentista
CRO/MS 8887