



2504512
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/25	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 14493704	7-Data Validade da Senha 14/12/25
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703507058652230
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LYNYKER ANNTONY DE MOURA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LYNYKER ANNTONY DE MOURA SILVA
---	----------------------	---

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
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
26-Nome do Profissional Executante JOELTON VARGAS PINTO	27-Número no CRO 8887	28-UF MS	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia e Previsão Término do Tratamento 27/10/25	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo da Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/25 Campo Grande Joelton Vargas	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/25 Campo Grande Joelton Vargas	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/25 Campo Grande * [Assinatura]	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 27/10/25 Campo Grande Joelton Vargas
---	---	---	---

Dr. Joelton Vargas
Cirurgião-Dentista
CRO/MS 8887