



2414458  
INTERCÂMBIO

|                                                            |                                                             |                                          |                                                              |                                       |                                         |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>403414                                   | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/10/81/25                    | 4-Data de Autorização<br>/ / / / /       | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                             | 6-Número da Guia Principal<br>2414453 | 7-Data validade da Senha<br>05/11/01/25 |
| Dados do Beneficiário                                      |                                                             |                                          |                                                              |                                       |                                         |
| 8-Número da Carteira<br>002025116302500000201              | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                              | 10-Empresa<br>FERRAGENS NEGRAO COMERCIAL | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / / /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                         |
| 13-Nome<br>JACQUELINE PEREIRA LIMA MOURA                   |                                                             | 14-Telefone<br>05/04/1989                | 15-Nome do titular do plano<br>JACQUELINE PEREIRA LIMA MOURA |                                       |                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento            |                                                             |                                          |                                                              |                                       |                                         |
| 16-Endereço a RN<br>N                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JOELTON VARGAS PINTO | 18-Número no CRO<br>8887                 | 19-UF<br>MS                                                  | 20-Código IBO S<br>025 -              | Faturar Empresa                         |
| 21-Código na Operadora CNPJ / CPF<br>00438521145           | 22-Nome do Contratado Executante<br>JOELTON VARGAS PINTO    | 23-Número no CRO<br>8887                 | 24-UF<br>MS                                                  | 25-Código CNES                        |                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JOELTON VARGAS PINTO |                                                             | 27-Número no CRO<br>8887                 | 28-UF<br>MS                                                  | 29-Código IBO S                       |                                         |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Facil | 35-Qtd | 36-Quantidade JS | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Au | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glor | 42-Assinatura         |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|----------|--------|------------------|----------|---------------------------------|-------|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| 1-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |          | 1      | 3400             | 0,00     |                                 | N     |                       |                   | <i>Joelton Vargas</i> |
| 2-        |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 3-        |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 4-        |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 5-        |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 6-        |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 7-        |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 8-        |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 9-        |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 10-       |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 11-       |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 12-       |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 13-       |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 14-       |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |
| 15-       |                           |                       |                 |          |        |                  |          |                                 |       |                       |                   |                       |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>06/10/25 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>3400 | 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><i>Joelton Vargas</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br><i>Joelton Vargas</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br><i>Jacqueline P. Lima Moura</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br><i>Joelton Vargas</i> |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

**Dr. Joelton Vargas**  
Cirurgião-Dentista  
CRO/MS 8887



2451367  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>405414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/09/25 | 4-Data de Autorização<br>03/09/25 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>14329859 | 7-Data validade da Senha<br>02/11/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                               |  |                                |                                          |                                                              |                                                          |
|-----------------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                         |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>FERRAGENS NEGRAO COMERCIAL | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>703008810384074 |
| 8-Número da Carteira<br>002025116902500000201 |  | 14-Teléfono<br>( ) -           |                                          | 15-Nome do titular do plano<br>JACQUELINE PEREIRA LIMA MOURA |                                                          |
| 13-Nome<br>JACQUELINE PEREIRA LIMA MOURA      |  | 05/04/1989                     |                                          |                                                              |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                            |                                                             |                          |             |                                          |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                   | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JOELTON VARGAS PINTO | 18-Número no CRO<br>8887 | 19-UF<br>MS | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>00438521145         | 22-Nome do Contratado Executante<br>JOELTON VARGAS PINTO    | 23-Número no CRO<br>8887 | 24-UF<br>MS | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JOELTON VARGAS PINTO |                                                             | 27-Número no CRO<br>8887 | 28-UF<br>MS | 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 Glor | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 |         | 1      | 140,00           | 0,00     |                                 | S      |                       |                   | Jacqueline    |
| 2-        | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ     | 14              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      |                       |                   | Jacqueline    |
| 3-        | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ     | 35              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      |                       |                   | Jacqueline    |
| 4-        | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ     | 37              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      |                       |                   | Jacqueline    |
| 5-        | 0082000875                | EXODONTIA SIMPLES DE  | 26              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      |                       |                   | Jacqueline    |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                                    |                                                                                                                                                |                                                                                 |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>08/10/25 | 44-Tipo de Atendimento<br><input checked="" type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input checked="" type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>432,00 | 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>08/09/25 Campo Grande Joelton Vargas | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/09/25 Campo Grande Joelton Vargas | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/09/25 Campo Grande Jacqueline P. Lima Moura | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/09/25 Campo Grande Joelton Vargas |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

**Dr. Joelton Vargas**  
Cirurgião-Dentista  
CRO/MS 8887