



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/25	4-Data de Autorização 28/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14299835	7-Data Validade da Senha 26/10/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025038429500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 23132132123321
13-Nome BENEFICIARIO TESTE ACESSO			14-Telefone (41) 3020-3883	15-Nome do titular do plano BENEFICIARIO TESTE ACESSO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA TESTE- TREINAMENTO	18-Número no CRO 2024	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 90106725068	22-Nome do Contratado Executante DENTISTA TESTE- TREINAMENTO	23-Número no CRO 2024	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA TESTE- TREINAMENTO		27-Número no CRO 2024	28-UF PR	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S			
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S			
3	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7,80	0,00		S			
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 106,00	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 Justificativa: 81000405: INCLUIR JUSTIFICATIVA. null
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _/_/___/___	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/___/___	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/___/___	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/___/___
--	--	--	--