



| | | | | | |
|--------------------------|--|--|-----------------------|--|---|
| 1-Registro ANS 406414 | 3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 1 0 / 2 2 | 4-Data de Autorização 0 4 / 1 1 / 2 2 | 5-Senha AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal 10520980 | 7-Data Validade da Senha 2 3 / 0 1 / 2 3 |
|--------------------------|--|--|-----------------------|--|---|

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário | | | | | |
| 8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 8 2 4 1 5 0 0 0 0 1 0 1 | 9-Plano POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde | |
| 13-Nome BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO | | 14-Telefone 01/01/1980 | 15-Nome do titular do plano BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO | | |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento | | | | | |
| 16-Atendimento a RN N | 17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA TESTE PF | 18-Número no CRO 77777 | 19-UF PR | 20-Código CBO S | 025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 7 6 8 3 5 9 6 1 1 6 | 22-Nome do Contratado Executante DENTISTA TESTE PF | 23-Número no CRO 77777 | 24-UF PR | 25-Código CNES | |
| 26-Nome do Profissional Executante DENTISTA TESTE PF | | 27-Número no CRO 77777 | 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 | 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD | | 1 | 3 5 , 0 0 | 0,00 | | S | / / | | |
| 2 | 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE | | 1 | 3 5 , 0 0 | 0,00 | | S | / / | | |
| 3 | 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE | | 1 | 3 5 , 0 0 | 0,00 | | S | / / | | |
| 4 | 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAI D | | 1 | 3 5 , 0 0 | 0,00 | | S | / / | | |
| 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 1 4 0 , 0 0 | 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

| | | | |
|--|--|--|--|
| 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 / / |
|--|--|--|--|