



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 , 0 0		S	/ /		
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI D		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		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 , 0 0	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 / /
--	--	--	--