



1- Agência ANS 408414 2- Data de Emissão do Guia 11/10/2011 3- Data de Autorização 11/10/2011 4- Status 5- Status PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6- Número da Guia Principal 660978 7- Data Validade da Guia 11/11/2011 8- Número da Guia 660978 INTERCÂMBIO

9- Número de Contorno 00202025389777800000010101 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 13- Nome THAIS COURA SOBRINHO DA SILVA 14- Nome do Titular do Plano THAIS COURA SOBRINHO DA SILVA 15- Data de Cadastro Proprietário pelo Tratamento 26/05/1995 16- Telefone () - - - - -

17- Nome do Profissional Solicitante MARCELO SPIANDON 18- Número no CRO 95216 19- UF SP 20- Código CRO S 025 - 21- Código de Contorno / CNPJ / CPF 1311332567851 22- Nome do Contorno Encarregado MARCELO SPIANDON 23- Número no CRO 95216 24- UF SP 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Encarregado MARCELO SPIANDON 27- Número no CRO 95216 28- UF SP 29- Código CRO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valor da Cita	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
CONSULTA ODONTOLÓGICA												
2-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 11/10/2011 Dr. Marcelo Spiandon 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2011 Dr. Marcelo Spiandon 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011 X 53- Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Marcelo Spiandon
Cirurgião Dentista
CRD-SP 95216

Dr. Marcelo Spiandon
Cirurgião Dentista
CRD-SP 95216