



1- Registro ANS 406414 2- Data de Emissão da Guia 12/7/10 3- Data de Apreciação 12/7/10 4- Autorizado 16/07/2004 5- Sentença AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 8865914 7- Data Validação da Sentença 12/5/11 8- Data Validação da Guia 12/5/11

636612
INTERCÂMBIO

9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validado da Carteira 12- Número do Cartão Nacional do Estado 13- Nome GIOVANNNA SOUZA SANTOS 14- Telefone 15- Nome do Titular do plano NATAL Y MARCELA SOUZA SANTOS

16- Atendimento a PDI 17- Nome do Profissional Solicitante MARCELO SPIANDON 18- Número no CRO 95216 19- UF SP 20- Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 3131312151617181511 22- Nome do Contratado Executante MARCELO SPIANDON 23- Número no CRO 95216 24- UF SP 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Executante 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- Ace	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Cópia	42- Assinatura
1-10	0181101001651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	0,00			0,00		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43- Data Prescrição Termino do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$							
	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência Emergência	1- Total 2- Parcial	34,10	0,00								

Declaração: 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. Declato, 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 12/3/10 13/12/11 Dr. Marcelo Spandon Cirurgião Dentista 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/7/10 13/12/11 Dr. Marcelo Spandon Cirurgião Dentista 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/7/10 13/12/11 X R. E. U. P. C. 53- Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Marcelo Spandon Cirurgião Dentista CRO-SP 95216

Dr. Marcelo Spandon Cirurgião Dentista CRO-SP 95216