

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2020

CRO: 111393/SP

Cirurgião Dentista: (12281) - GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
281677 - I	ITAMAR RAGAZZONI XAVIER (00202510550601534001)		03/02/2020	87	0.4	R\$ 34,80
302279 - I	DILZA MUNIZ PAZINI MARTINS (00202510550600961002)		16/03/2020	272	0.53	R\$ 144,16
302327 - I	ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS (00202510550600961001)		16/03/2020	160	0.53	R\$ 84,80
305206 - I	KARLA GABRIELLY RODERO DOS SANTOS (00202510550600828402)		04/04/2020	190	0.53	R\$ 100,70
305273 - I	LEANDRO CAMARGO DA SILVA (00202510550601553801)		06/04/2020	1810	0.53	R\$ 959,30
305558 - I	AUDREY AP SOARES DE OLIVEIRA GENTA (00202510550601797402)		07/04/2020	251	0.53	R\$ 133,03
305571 - I	AUDREY AP SOARES DE OLIVEIRA GENTA (00202510550601797402)		07/04/2020	75	0.53	R\$ 39,75
305573 - I	AUDREY AP SOARES DE OLIVEIRA GENTA (00202510550601797402)		07/04/2020	136	0.53	R\$ 72,08
306175 - I	REYNAN GABRIEL RODERO ALVES (00202510550600828403)		13/04/2020	136	0.53	R\$ 72,08
306190 - I	REYNAN GABRIEL RODERO ALVES (00202510550600828403)		14/04/2020	75	0.53	R\$ 39,75
306198 - I	REYNAN GABRIEL RODERO ALVES (00202510550600828403)		14/04/2020	163	0.53	R\$ 86,39
306199 - I	REYNAN GABRIEL RODERO ALVES (00202510550600828403)		14/04/2020	144	0.53	R\$ 76,32
306754 - I	ROBERTO DOS SANTOS MACHADO (00202510550600914102)		16/04/2020	347	0.53	R\$ 183,91
306908 - I	IVONETE SOARES FERREIRA SIMOES (00202510550600555701)		17/04/2020	34	0.53	R\$ 18,02
307159 - I	CARLOS AUGUSTO LITVINOFF GENTA JUNIOR (00202510550601797401)		20/04/2020	375	0.53	R\$ 198,75
307160 - I	CARLOS AUGUSTO LITVINOFF GENTA JUNIOR (00202510550601797401)		20/04/2020	375	0.53	R\$ 198,75
308414 - I	JOAO CAETANO SIMOES (00202510550600555702)		24/04/2020	34	0.53	R\$ 18,02
308584 - I	REYNAN GABRIEL RODERO ALVES (00202510550600828403)		27/04/2020	197	0.53	R\$ 104,41
309959 - I	EDSON MENEZES (00202510550601427002)		04/05/2020	34	0.53	R\$ 18,02
310669 - I	REYNAN GABRIEL RODERO ALVES (00202510550600828403)		05/05/2020	175	0.53	R\$ 92,75
312559 - I	EDSON MENEZES (00202510550601427002)		12/05/2020	102	0.53	R\$ 54,06

Totalizador por Operadora

Nº de USOs: 5172
Nº de atendimentos: 21
Valor: R\$ 2.729,85

Totalizador

Nº de USOs: 5172
Nº de atendimentos: 21
Valor: R\$ 2.729,85

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/06/2020 08:38

Página 1 de 1



2-Nº

[illegible]



na qualidade de representante

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



310669
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/05/10 05/11/20	4- Data de Autorização 10/07/10 05/11/20	5- Senha AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7544024	7- Data Validade da Senha 03/10/08 11/20	2- Nº
Dados do Beneficiário						
8- Número da Carteira 0002020510506000828403	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
13- Nome REYNAN GABRIEL RODERO ALVES	23/08/1996	14- Telefone ()	15- Nome do titular do plano FLAVIA CILENE ALVES FRITZ			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18- Número no CRO 111393	19- UF SP	20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 048513677852	22- Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23- Número no CRO 111393	24- UF SP	25- Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421-		
26- Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US
1- 001820008715	EXODONTIA SIMPLES DE	26	1	1	1	73,00
2- 001851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	1	88,00
3- 001810004211	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	1	14,00
4- 111111111111						
5- 111111111111						
6- 111111111111						
7- 111111111111						
8- 111111111111						
9- 111111111111						
10- 111111111111						
11- 111111111111						
12- 111111111111						
13- 111111111111						
14- 111111111111						
15- 111111111111						
43- Data Prescrição Término do Tratamento 08/10/10						
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 117,50						
47- Valor Total R\$ 0,00						
48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00						
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), to(ram) 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						
Dr. Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393						
Dr. Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393						
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/10 36.778-52						
51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/10 36.778-52						
52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/10 36.778-52						
53- Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/10 36.778-52						



2-№

309959
INTERCÂMBIO[illegible]



na qualidade para sua saúde

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



307160
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/04/12/01	4-Data de Autorização 12/04/04/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7518016	7-Data Validade da Senha 19/01/07/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202025105060117974011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLOS AUGUSTO LITVNOFF GENTA JUNIOR					
14-Telefone (111) 1111111111					
15-Nome do titular do plano CARLOS AUGUSTO LITVNOFF GENTA JUNIOR					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 111393	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 004185316171852111	23-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	24-UF SP	25-Código CNES 111393	26-Valor 025 -	27-Valor 025 -
28-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	29-Código CBO S 111393	30-UF SP	31-Valor 111393	32-Valor 111393	33-Valor 111393
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
34-Tabella	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Quantidade US	38-Francia/Co-participação RS	39-Aut
1-0082001208648	REMOÇÃO DE DENTES	48	361000	0000	26/05/20
2-00810004211	RX PERIAPICAL	RMID	14000	0000	26/05/20
3-00000000000					
4-00000000000					
5-00000000000					
6-00000000000					
7-00000000000					
8-00000000000					
9-00000000000					
10-00000000000					
11-00000000000					
12-00000000000					
13-00000000000					
14-00000000000					
15-00000000000					
43-Data Prevista Término do Tratamento 26/05/20					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 375000					
47-Valor Total RS 0000000000					
48-Total Franquia / Co-participação RS 0000000000					
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 26/05/20					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/20					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/20					
53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11/11/11					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



307159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
22/01/2014

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7518007

7-Data Validade da Sanha
19/10/2012

4-Data de Autorização
23/04/2012

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

13-Nome

CARLOS AUGUSTO LITVINOFF GENTA JUNIOR

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

CARLOS AUGUSTO LITVINOFF GENTA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

04853677852

22-Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

26-Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-010182011286

32-Descrição

REMOÇÃO DE DENTES

33-Dentista/Região

38

34-Faixa

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

0,00

39-Aut

40-Data de Realização

25/05/2012

41-Motivo da Glosa

42-Reservatório

43-Data de Término do Tratamento

25/05/2012

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

37,50

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

25/05/2012

CPF 042 536.778-52

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário

25/05/2012

CPF 042 536.778-52

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25/05/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa

25/05/2012

Dr Gregori J Zvinokievicz

CRC 141 393

Dr Gregori J Zvinokievicz

CRC 141 393

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

25/05/2012

CPF 042 536.778-52

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

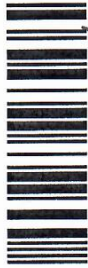
25/05/2012

CPF 042 536.778-52

53-Data, local e Carimbo da Empresa

25/05/2012

CPF 042 536.778-52



2-Nº

Franklin, Richard. 1996. *Practical research writing*. Boston: Allyn and Bacon.

306754 ✓ INTERCÂMBIO		7-Data Validade da Senha 1 1 5 1 / 0 4 / 1 7 1 2 0 1		6-Número da Guia Principal 7514683		5-Senha AUTORIZADO		4-Data de Autorização 1 1 6 1 / 0 4 / 1 2 0 1		3-Data de Emissão da Guia 1 1 6 1 / 0 4 / 1 2 0 1		1-Registro ANS 406414					
Dados do Beneficiário																	
0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 9 1 4 1 0 2 1				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 / 1 1 1 1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome ROBERTO DOS SANTOS MACHADO												14-Telefone (1 1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1		15-Nome do titular do plano SIRLEIA MARCIA PEREIRA MACHADO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																	
N				17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		18-Número no CRO 111393		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
0 4 1 8 5 3 6 7 7 8 5 2 1 1 1				22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393		24-UF SP		25-Código CNES (IF) 85200140-47		Enviar - RX (I) 81000421-					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF				26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 111393		28-UF SP		29-Código CBO S							

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito a autorização 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(ram) 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.

19-Обсуждение

49-Observação
Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados.

Dr Gregor J Žvinokievicz

CRC 111 303

536.778-52

536.778-52

043 536.778-52

043 536.778-52

Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

53-Data, local e Carimbo da Empresa



2-Nº



3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 0 3 / 2 0	4-Data de Autorização 1 9 / 0 3 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7486406	7-Data Validade da Senha 1 4 / 0 6 / 2 0
--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 9 6 1 0 0 1		11-Data Validade da Carteira _ / _ / _ _	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS	(11 31) 3 4 2 6 1 2 3 0 7	ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17 - Nome do Profissional Solicitante		18 - Número no CRO		19 - UF		20 - Código CBO S		025 -	
N		GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		11393		SP				Faturar Empresa	
21 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		22 - Nome do Contratado Execudente		23 - Número no CRO		24 - UF		25 - Código CNES		Enviar - RX	
041815316717852111		GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		111393		SP				(I) 81000421-RPSE	
26 - Nome do Profissional Execudente		27 - Número no CRO		28 - UF		29 - Código CBO S					
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		111393		SP							

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										
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

1 | 0 | 0 | 8 | 2 | 0 | 0 | 0 | 8 | 7 | 5 | EXODONTIA SIMPLES DE 24 | 1 | 7 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | S | 26

[illegible]

4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

2765

[illegible]

9. _____

[illegible][illegible]

14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional referencial ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

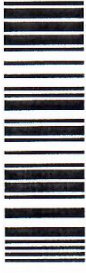
Dr. Gregori J. Zimnokievicz

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 de Empresa
01/01/2013 CDE 001 596 770 59	01/01/2013 CDE 001 596 770 59	01/01/2013 CDE 001 596 770 59	01/01/2013 CDE 001 596 770 59

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



305273
 INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Semha
 0 5 / 1 0 / 7 1 / 2 0

6-Número da Guia Principal
 7502951

5-Senha
 AUTORIZADO

4-Data de Autorização
 0 7 / 1 0 / 4 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
 0 6 / 1 0 / 4 1 / 2 0

1-Registro ANS
 406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 5 3 8 0 1

10-Empresa
 INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
 / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
 LEANDRO CAMARGO DA SILVA

14-Teléfono
 () / /

15-Nome do Titular do plano
 LEANDRO CAMARGO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
 N

17-Nome do Profissional Solicitante
 GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

18-Número no CRO
 111393

19-UF
 SP

20-Código CBO S
 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 0 4 8 1 5 3 6 7 7 8 5 2

22-Nome do Contratado Executante
 GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
 111393

24-UF
 SP

25-Código CNES
 Enviar - RX (IF) 85400220-26

26-Nome do Profissional Executante
 GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

27-Número no CRO
 111393

28-UF
 SP

29-Código CBO S
 (I) 81000421-

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-0 0 1 8 5 4 0 0 2 2 0		NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	26		1	2 9 9 0 0 0		0 0 0		13/04/20	
2-0 0 1 8 5 4 0 0 0 8 4		COROA PROVISÓRIA SEM PINO	26		1	1 5 4 0 0 0		0 0 0		15/04/20	
3-0 0 1 8 5 4 0 0 1 5 7		COROA TOTAL METALO-	26		1	1 3 4 3 0 0		0 0 0		17/04/20	
4-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 0 0 0		0 0 0		17/04/20	
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento
 13/04/20

44-Tipo de Atendimento
 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
 1 8 1 0 0 0

47-Valor Total R\$
 1 8 1 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
 1 8 1 0 0 0

49-Observação
 Enviar na produção rx inicial e final do tratamento para controle da técnica instaladas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 13/04/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 13/04/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 13/04/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 13/04/20

CRC 111.393

CRC 111.393

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 13/04/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 13/04/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 13/04/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 13/04/20

Daniel de Andrade Florence

Encaminhado paciente acima
Para exodontia dos 1^{os} Pré-molares
superiores 14 e 24 por motivos
odontológicos.

Atestado
Wanderlei Barbi

23/08/2019

13 3422 3027
Av. Washington Luis, 96
Centro, Itanhaém/SP
CEP 11.740-000

Marcelo Rosas Barbi CROSP 42.719
CIRURGIÃO DENTISTA Especialista em Ortodontia
Simone M. Saito Barbi CROSP 43.095
CIRURGIÃ DENTISTA Especialista em Endodontia



2-Nº

7-Data Validade da Senha
1.4.1.0.6.1302326
INTERCÂMBIO

10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11- Data Validade da Carteira __/__/__	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	---

3-Name	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS	(13) 3426-2307	ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	0148153677852
22-Nome do Contratado / Executante	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
23-Número no CRO	111393
24-UF	SP
25-Código CNES	

Enviar - RX
(01) 81000421-

Faturar Empresa

36-Nome do Profissional Excitante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

[illegible][illegible]

3

4- _____

5- _____

6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

9- | | | | | | | | | |

10- | | | | | | | | | |

[illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	30/11/2022	44-Tipo de Atendimento	1 - 1. Tratamento Otorrinolaringológico 2 - Exame Otorrinolaringológico 3 - Exame Otorrinolaringológico 4 - Exame Otorrinolaringológico	45-Tipo de Faturamento	1 - 1. Total 2 - Parcela	46-Total Quantidade US	87,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00
--	------------	------------------------	---	------------------------	--------------------------	------------------------	-------	--------------------	------	---	------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e benefícios do tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações da profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional tratado que assina esse documento, os valores devidos pelo plano de saúde.

49-Observação
: Favor anexar radiografia para pagamento preferentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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
09/06/11 393	09/06/11 393		

<u>26</u> / <u>05</u> / <u>20</u>	CPF 042 536 778-52	<u>26</u> / <u>05</u> / <u>20</u>	CPF 042 536 778-52	<u>26</u> / <u>05</u> / <u>20</u>	CPF 042 536 778-52	<u>26</u> / <u>05</u> / <u>20</u>	CPF 042 536 778-52
-----------------------------------	--------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------------------	--------------------