

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

407471
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/06/11 11/21

6-Número da Guia Principal
8006330

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/09/11 10/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/08/11 10/12/01

1-Registro AMS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025272079000001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIA RAIMUNDA DE JESUS VIANA

14-Telefone
(11) 3197014802

15-Nome do titular do plano
MARIA RAIMUNDA DE JESUS VIANA

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
0485367752

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
111393

24-UF
SP

25-Código CNES
Enviar - RX (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

27-Número no CRO
111393

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12 MP	1	188000	0100	0100	0100	0100	0100	0100	0100
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 Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 8800	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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 minha satisfação. 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 pagar os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CPF 048.536.778-52
CRC 111 393

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11

52-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11