

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

390880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 10:12:01	4-Data de Autorização 11/11/11 11:11:11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 390880	7-Data Validade da Senha 10/04/10 11:12:11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10021025249534000010104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11:11:11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLARICE BERNARDO DE SOUZA ABREU	26/11/1950	14-Teléfono (11) 3537104811	15-Nome do titular do plano ELISANDRA DE SOUZA ABREU GOUVEA		

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-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0418153677852111	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES	
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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3400	
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					

43-Data Revisão Término do Tratamento 06/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 34100	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(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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/20, CPF 048.536.778-52, DR GREGORI J ZVINOKIEVICZ	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 06/10/20, DANIE B. Z.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20, DANIE B. Z.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------