

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

410359
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/11/2011		4-Data de Autorização 11/11/11		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 410359		7-Data Validade da Senha 10/11/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 100202510550601827201				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			
13-Nome ZILDA DE JESUS CLEMENTE				29/10/1952				14-Telefone ()			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Mendicência a RN N		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		27-Número no CRO 11393									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0		8100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400		37-Valor	
2-1										38-Franquia/Co-participação RS	
3-1										39-Aut	
4-1										40-Data de Realização	
5-1										41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
6-1										43-Data Prescrição	
7-1										44-Tipo de Atendimento	
8-1										45-Tipo de Faturamento	
9-1										46-Total Quantidade US	
10-1										47-Valor Total R\$	
11-1										48-Total Franquia / Co-participação RS	
12-1										49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
13-1										50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
14-1										51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
15-1										52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	

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 pagar os custos conforme previsto em contrato.

Dr Gregori J Zvinokievicz

CRC 111 393

CPF 048.536.778-52

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

03/11/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

03/11/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa

03/11/2011