



2-Nº



338837
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

1	2	/	1	0	/	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---

6-Número da Guia Principal
7703237

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 | 6 | 1 | 0 | 7 | 1 | 2 | 0 |

1 4 1 0 7 1 2 0

1-Registro ANS	406414
3-D:	1

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 5 3 4 0 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---	---	---	--

13-Nome	ITAMAR RAGAZZONI XAVIER
14-Telefone	(113) 813013568
15-Nome do titular do plano	ITAMAR RAGAZZONI XAVIER

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	048513677852
22-Nome do Contratado Executante	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
23-Número no CRO	111393
24-UF	SP
25-Código CNES	
Faturar Empresa	Enviar - RX (1) 85100218

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	11393	SP	

[illegible][illegible][illegible][illegible]

6- _____

7- _____

A vertical number line is shown, ranging from 8 to 9. There are major tick marks at 8 and 9, and minor tick marks every 0.1 units. A point is marked with a dot at 8.5.

[illegible][illegible][illegible][illegible]

43-Data Prescrição, Término do Tratamento 07/10/2020	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 136,00	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 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.	Observações:
--	---------------------

Dr. Gregory A. Zephonnikoff
CRC 44-383
CRC 111-553

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 Caimbo da Empresa
02/10/2011	02/10/2011	02/10/2011	02/10/2011