



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



410397
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 410397	7-Data Validade da Senha 01/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002020251050601827202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 01/01/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome MARCOS ALMIR GOIS	14-Teléfono 15/02/1964	15-Nome do titular do plano ZILDA DE JESUS CLEMENTE	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 04853677852	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	34	0
2-00181000030					
3-00181000030					
4-00181000030					
5-00181000030					
6-00181000030					
7-00181000030					
8-00181000030					
9-00181000030					
10-00181000030					
11-00181000030					
12-00181000030					
13-00181000030					
14-00181000030					
15-00181000030					
43-Data Previsão Término do Tratamento 03/11/20					
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 3400					
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, incluindo honorários, e os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/20					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

Dr. Gregori J. Zvinokievicz

CRC 111/393

CPF 048.536.778-52

Dr. Gregori J. Zvinokievicz

CRC 111/393

CPF 048.536.778-52

Dr. Gregori J. Zvinokievicz

CRC 111/393

CPF 048.536.778-52