

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º NF

359448
INTERCÂMBIO

1. Registro AINS 406414	3. Data de Emissão da Guia 11/09/2018 12:01	5. Escrita AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7799149	7. Data Validação da Guia 11/09/2018 12:01
----------------------------	--	--------------------------	--	---

8. Número da Carteira 0002025312141690000000101	9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data Validade da Carteira 11/09/2018	12. Número do Cartão Nacional de Saúde
13. Nome MARIANA ADRIÃO FONSECA	13.03/1994	14. Telefone ()	15. Nome do titular do plano MARIANA ADRIÃO FONSECA	

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 Carteira / CNF / QP 04853167785211	22. Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23. Número no CRO 111393	24. UF SP	25. Código CNES () 81000421
26. Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27. Número no CRO 111393	28. UF SP	29. Código CBO S	

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fator	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo de Guia 42. Assinatura
1	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	161,00	0,00	0,00	11	29/09/2018	MARIANA
2	00810004211	RX PERIAPICAL	18MSD	1	1	14,00	0,00	0,00	11	29/09/2018	MARIANA
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43. Data Prescrição / Tempo do Tratamento 29/09/2018	44. Tipo de Atendimento 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortodontia 4. Urgência/Emergência	45. Tipo de Fabricamento 1. Total 2. Parcial	46. Total Quantidade US 175,00	47. Valor Total R\$ 0,00	48. Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 os procedimentos (descritos) acima e por mim assinados, foram realizados, 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observação Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111.393	50. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 29/09/2018 Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111.393	51. Data, local e Assinatura do Contratado 29/09/2018 Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111.393	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/2018 MARIANA	53. Data, local e Assinatura da Empresa 11/09/2018
--	--	--	---	---



2-Nº

370754
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/5/109/12/01	4-Data de Autorização 11/5/109/12/01	5-Serção AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7851662	7-Data Validade da Serção 014/1112/12/01	370754 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10102012531124619001010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/1111/1111
13-Nome MARIANA ADIRAO FONSECA		14-Telefone (111) 1111111111		15-Nome do titular do plano MARIANA ADIRAO FONSECA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						

16-Alteração e RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CRO S
N	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0485367785211	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO S	
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP		

[illegible]

43-Dia Prévio à Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
29/09/2022	1-Tratamento Oncológico 2-Exame Radiológico 3-Odontológico 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	22400	0,00	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 do 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, com o entendimento de que os custos do tratamento não serão cobrados pelo profissional contratado.

49-Observação	Dr. Gregori J Zymankiewicz	CRC 444.393	CRC 444.393	Dr. Gregori J Zymankiewicz	CRC 444.393
50-Data, local e Assinatura do Chirurgião-Dentista Solicitante	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011
53-Data, local e Carimbo da Empresa	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011	29/05/2011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/09/2010		4-Data de Autorização 10/09/2010		5-Sentia AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7850596		7-Data Validade da Sentia 03/12/2010		370534 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202025272072079000001011				9-Pelo POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA RAIMUNDA DE JESUS VIANA				14-Telefone (11) 397014802				15-Nome do titular do plano MARIA RAIMUNDA DE JESUS VIANA		16-Data Validade da Carteira / /			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Identificação e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		18-Número no CRO 111393		19-UF SP		20-Código CBO S		21-UF SP		22-UF SP	
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 SP		26-UF SP		27-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		27-UF SP		28-UF SP		29-UF SP		30-UF SP		31-UF SP		32-UF SP	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade de US	
1-001852001166		11		TRATAMENTO ENDODONTICO		11		1		1		1	
2-001852001166		12		TRATAMENTO ENDODONTICO		12		1		1		1	
3-001810004211		RIS		RX PERIAPICAL		RIS		1		1		1	
4-001810004211													
5-001810004211													
6-001810004211													
7-001810004211													
8-001810004211													
9-001810004211													
10-001810004211													
11-001810004211													
12-001810004211													
13-001810004211													
14-001810004211													
15-001810004211													
43-Data Previsto Término do Tratamento 23/09/2010													
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Preço de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 151301010		47-Valor Total R\$ 0000000000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000000000					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 c/si procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), torçamos 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 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536 178-52													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/2010 Dr Gregori J Zvinokievicz CPF 048 536 178-52													
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/2010 MARIA													
52-Data, local e Assinatura da Empresa 23/09/2010 MARIA													

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



375385
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 1 1 5 1 0 9 1 2 0 1	4-Dados de Autorização 1 1 6 1 0 9 1 2 0 1	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871228	7-Dados de Validade da Sintha 1 1 4 1 1 1 2 1 2 0 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 7 0 1 5 0 2 1	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				
13-Nome FABIO LOGAR	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano EVANI TERRA MELCHIOR LOGAR	12-Número do Contrato Nacional de Saúde		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 4 8 5 3 6 7 7 8 5 2 1 1	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
25-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	26-Código CBO S 111393
18-Número no CRO 111393	19-UF SP
23-Número no CRO 111393	24-UF SP
27-Número no CRO 111393	28-UF SP
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										33-Dente/Régio	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
1-0 0 1 8 5 4 0 0 4 0 8	PRÓTESE TOTAL									AS	1	1	1 5 7 8 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	1	22/09/20	
2-0 0 1 8 5 4 0 0 4 0 8	PRÓTESE TOTAL									AI	1	1	1 5 7 8 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	1	22/09/20	
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-Dados Previstos, Término do Tratamento 30/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 1 5 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0 0 0
---	--	---	---	-----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confiro a minha autorização para a realização 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) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 CRC 111 393 CPF 048 536 778-52	50-Cópia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/09/20	51-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/20	52-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/20	53-Dados local e Assinatura da Empresa 30/09/20
--	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

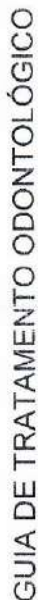
2.º

338840
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 7 / 2 0 1	4-Data de Autorização 1 6 / 0 7 / 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7703248	7-Data Validade da Senha 1 2 / 1 0 / 2 0 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 5 3 4 0 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ITAMAR RAGAZZONI XAVIER					
14-Telefone (1 3) 8 1 3 0 1 3 5 6 8					
15-Nome do Bular do plano ITAMAR RAGAZZONI XAVIER					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Adendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 1 1 1 3 9 3	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-UF SP
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1 0 4 8 5 1 3 6 7 7 8 5 2 1 1 1	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 1 1 1 3 9 3	24-UF SP	25-Código CNES Envlar - RX (0) 81000421-RDIE	26-UF SP
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 1 1 1 3 9 3	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella 1-0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5 2-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	31-Código do Procedimento EXODONTIA SIMPLES DE RX PERIAPICAL	32-Descrição	33-Dente/Região 33	34-Face 1	35-Qtd 1
36-Quantidade US 7 3 0 0	37-Valor 0 0 0 0	38-Franquia/Co-participação R\$ 0 0 0 0	39-Aut S	40-Data de Realização 04/09/20	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 04/09/20
1-1					
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 04/09/20					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial					
46-Tipo de Atendimento US 1-Total 2-Parcial					
47-Valor Total R\$ 8 7 0 0					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0					

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), foram 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 Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111393	50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 04/09/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20	52-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável 04/09/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1
--	---	---	---	---

358598
INTERCÂMBIO

Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 18/10/2011	4. Data de Autenticação 20/08/2011	5. Salário AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7795211	7. Data Vencível da Sentença 16/11/2011
------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	___/___/___	

13. Nome

RICARDO BUENO FONSECA	(<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>)	17/01/1972	ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA
------------------------------	---------------------------------------	-------------------	-----------------------------------

Índice de Contratação Responsável pelo Tratamento

15 UF	20-Godpén CRO S	025 =
16 Asesoría al Cliente	17 Nombre del Profesional Solicitante	18 P. Ingreso al CRO

Z
|| GREG

21. Códigos, 128 Caracteres / CNPJ / CDE	22. Nome do Contratado Exequente	23. Número no CRO	24. UF	25. Código CNES

Finalizar Empresa

0.4.8.5.3.6.7.7

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
GREGORY JOSE Z VINONIE VIOZ																																																																																																			
11/10/68																																																																																																			
74, 1F																																																																																																			
72, Alameda and FBO																																																																																																			
126, Calumet CRO, S																																																																																																			

26-Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	2
---------------------------	--------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

17. Out = Desvio do T mino do Tratamento

[illegible]

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, conforme acima apresentado, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com as custas previstas no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados por mim mesmo, por minha conta e por minha conta, ao profissional contratado que assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme contrato.

10 Abschnitte

Dr. Gregorij J. Antonov
444 203

CKD

53-Dados, local e Carimbo da Empresa

50. Data, local e Assinatura do CUBILABO-DEUSIS polivalente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----



na qual esse procedimento

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

373635
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2019	4-Data de Autorização 11/11/2019	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 373635	7-Data Validade da Senha 11/11/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202531681980000101	12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome LUCAS AGUIAR DE SOUSA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2019				
15-Nome do titular do plano LUCAS AGUIAR DE SOUSA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Affordamento 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-UF SP
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 014853677852	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		33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabula	31-Código do Procedimento	CONSULTA ODONTOLÓGICA								
1-10	0181000030	11/11/2019 09:20								
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 11/09/20	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 34,00	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 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), tiveram 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 50% dos custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 411.393 11/11/2019 09:20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 411.393 11/11/2019 09:20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Lucas Aguiar de Sousa 11/11/2019 09:20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------



Use apenas para o(a) paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

373873
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/01/12 11/20

6-Número de Guia Principal
373873

4-Data de Autorização
11/01/12 11/20

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
11/01/12 11/20

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

8-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Data de Emissão da Guia
11/01/12 11/20

15-Nome do titular do plano
LEANDRO CAMARGO DA SILVA

14-Telefone
()

16-Atendimento a RN
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

17-Data de Atendimento
08/12/1989

18-Atendimento a RN
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNEP / CFE
1014185131677852

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
111393

24-UF
SP

25-Código CBO S
025 -

26-UF
SP

27-Número no CRO
111393

28-UF
SP

30-Tabela
1-001810000030

31-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Quantidade US
3400

33-Valor
3400

34-Fratura
1

35-Data de Realização
11/01/12 11/20

36-Fratura/Co-participação R\$
0,00

37-Valor
3400

38-Data de Realização
11/01/12 11/20

39-Data de Realização
11/01/12 11/20

40-Data de Realização
11/01/12 11/20

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Data de Realização
11/01/12 11/20

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

46-Total Quantidade US
3400

47-Valor Total R\$
3400

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/12 11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/12 11/20

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/01/12 11/20

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

101-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

102-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

103-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

104-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

105-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

106-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

107-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

108-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

109-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

110-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

111-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

112-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

113-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

114-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

115-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

116-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

117-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

118-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

119-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

120-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

121-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

122-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

123-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

124-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

125-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

126-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

127-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

128-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

129-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

130-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

131-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

132-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

133-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

134-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

135-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

136-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

137-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

138-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

139-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

140-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/12 11/20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/06/2016	4-Data de Autorização 01/07/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7664664	7-Data Validade da Senha 24/09/2016	330368 INTERCAMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020202510550601004901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / / / /		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
13-Nome DOROTI DA SILVA	14-Teléfono (11) 3142715327	15-Nome do titular do plano DOROTI DA SILVA	16-Número no CRO 111393	17-UF SP	18-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
19-Atividade N	20-Endereço GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	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/Rotulo	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US
1-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0100	1003
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36100	0100	1003
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36100	0100	1003
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36100	0100	1003
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
6-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
7-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
8-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
9-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
10-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
11-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
12-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
13-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
14-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
15-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL					
43-Data Previsto Término do Tratamento 14/09/2016						
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exama Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial						
46-Valor Total R\$ 14400						
47-Valor Total R\$ 14400						
48-Totl Quantidade US 14400						
49-Totl Franquia / Co-participação R\$ 0000						
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 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 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111393						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/2016 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111393						
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 14/09/2016 Doroti da Silva						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 14/09/2016 Doroti da Silva						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



358588
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/08/2018

4-Data de Autorização
11/09/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7795173

7-Data Validade da Senha
11/06/2019

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão

0002102510550601813202

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11/11/11/1201

13-Nome

RICARDO BUENO FONSECA

14-Telefone

17/01/1972

15-Nome do titular do plano

ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA

16-Endereço a RN

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

17-Nome do Profissional Solicitante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

041853167785211

22-Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRC

111393

24-UF

SP

25-Código CNES

025 -

26-Código CBO S

Envia - RX

27-Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

28-Número no CRC

111393

29-UF

SP

30-UF

SP

31-Código CBO S

Envia - RX

32-Código CBO S

Envia - RX

33-Data de Realização

04/09/20

34-Valor

00000000

35-Quantidade US

173000

36-Quantidade US

000000

37-Valor

00000000

38-Fratura/Co-participação R\$

00000000

39-Aut

04/09/20

40-Data de Realização

04/09/20

41-Motivo da Guia

42-Assinatura

43-Data de Realização

04/09/20

44-Tipo de Atendimento

1- Tratamento Odontológico

45-Tipo de Atendimento

2- Exame Radiológico

46-Tipo de Atendimento

3- Emergência

47-Valor Total R\$

00000000

48-Valor Total R\$

00000000

49-Valor Total R\$

00000000

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/09/20

51-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

52-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

53-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

54-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

55-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

56-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

57-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

58-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

59-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

60-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

61-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

62-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

63-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

64-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

65-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

66-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

67-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

68-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

69-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

70-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

71-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

72-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

73-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

74-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

75-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

76-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

77-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

78-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

79-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

80-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

81-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

82-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

83-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

84-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

85-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

86-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

87-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

88-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

89-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

90-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

91-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

92-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

93-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

94-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

95-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

96-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

97-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

98-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

99-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

100-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

101-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

102-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

103-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

104-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

105-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

106-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

107-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

108-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

109-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

110-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

111-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

112-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

113-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

114-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

115-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

116-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

117-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

118-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

119-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

120-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

121-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

122-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

123-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

124-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

125-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

126-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

127-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

128-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

129-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

130-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

131-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

132-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

133-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

134-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

135-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

136-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

137-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

138-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

139-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

140-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

141-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

142-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

143-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

144-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

145-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

146-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/09/20

147-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável

04/

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/09/20		4-Data de Autorização 05/09/20		5-Sinila AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7849340		7-Data Validade da Sinila 03/12/20		370198 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário																									
8-Número da Carteira 0020253030460000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Contrato Nacional de Saúde											
13-Nome JOSE ERIBALDO TAVARES				13/02/1957				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano JOANA DARCY VIEIRA													
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 044853677852		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-Observação		33-Dente/Região		34-Faixa		35-Cid		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia 42-Assinatura			
1-001851100196		RESTAURAÇÃO RESINA		48		01		6100		000		000		000		000		000		000		000		000	
2-																									
3-																									
4-																									
5-																									
6-																									
7-																									
8-																									
9-																									
10-																									
11-																									
12-																									
13-																									
14-																									
15-																									
43-Data Prescrição Término do Tratamento 16/09/20		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 6100		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$															

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 pagar em 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.

49-Observação

Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111 393

Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111 393

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante
16/09/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Beneficiário / Responsável
16/09/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/09/20

53-Data, local e Cálculo da Empresa
/ /



2-Nº

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



370175
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/20	4-Data de Autorização 05/09/20	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7849284	7-Data Validade da Sineta 13/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025303046000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome JOSE ERIBALDO TAVARES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOANA DARC VIEIRA	16-UF SP	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 11393
19-Abandono a RN N	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / ONP / J / CPF 04853677852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 11393	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	26-Código CBO S 11393	27-Número no CRO 11393	28-UF SP	29-Valor 37-Valor	30-Quantidade US
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Center/Região	34-Face	35-Ord	36-Valor
1-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMP	1	122000
2-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OVD	1	122000
3-001811004121	RX PERIAPICAL	18	IRMSD	1	1400
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 Paginação Término do Tratamento 08/09/20					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 258,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), foram realizados 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, em nome e por minha conta, os custos conforme previsto em contrato. ZVINOKIEVICZ					
49-Observação Imagens analisadas Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/09/20, Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 08/09/20, Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 08/09/20, JOANA DARC VIEIRA					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



348437
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 3 0 1 1 0 7 1 2 0 1
4-Data de Autorização 0 4 1 1 0 8 1 2 0 1
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7748109
7-Data Validade da Guia 2 8 1 1 0 1 2 0 1

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 8 1 3 2 0 1
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA
14-Telefone
15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA
16-Atendimento a RN
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 / ONP / CPF 0 4 8 5 3 6 7 7 8 5 2
22-Nome do Contratado Exequente GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
23-Nome do Profissional Exequente GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
24-UF SP
25-Código CNES
26-Número no CRO 111393
27-Código CBO S

30-Data de Realização 38-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura
31-Código do Procedimento 32-Quantidade US 33-Dente/Região 34-Face 35-Ord 36-Valor
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura
31-Código do Procedimento 32-Quantidade US 33-Dente/Região 34-Face 35-Ord 36-Valor
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

30-Data de Realização	31-Código do Procedimento	32-Quantidade US	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Valor	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0 0 1 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	28	1	1	1	1	1	0 0 0	S	11/09/20	fract.	
2-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	1	1	1	0 0 0	S	11/09/20	fract.	
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão de Tratamento 11/09/20
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-Valor Total R\$ 15 4 7 1 0 1
47-Valor Total R\$ 0 0 0
48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Contato da Empresa