

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

415463
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2011	4-Data de Autorização 10/11/2011	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 415463	7-Data Validade da Senha 10/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601883702	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	
13-Nome JOAO BATISTA DE AMORIM NETO	14-Telefone (11) 3150612602	15-Nome do titular do plano ROSILDA MONTEIRO DA SILVA			
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 04181536171852	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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glisa 42-Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	3	0	0	0	10/11/20	
				CONSULTA ODONTOLÓGICA									
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/20	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Valor Total R\$ 31400	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total 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 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					
Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048.536.778-52					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/20					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					