

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2. Nº

390935
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 6 / 1 1 / 0 1 2 0		4-Data de Autorização _ _ / _ _ / _ _		5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 390935		7-Data Validade da Sentença 0 4 / 1 0 / 1 1 2 1	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 3 5 7 1 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ROSENILTON FERREIRA COSTA											
14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _											
15-Nome do titular do plano MARIA LUCIA DE LIMA PEREIRA											
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 0 4 8 5 3 6 7 7 8 5 2		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	
1-0 0 8 1 0 0 0 3 0				CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 0 0		37-Valor	
2- _ _ _ _										38-Franquia/Co-participação R\$	
3- _ _ _ _										39-Aut	
4- _ _ _ _										40-Data de Realização	
5- _ _ _ _										41-Motivo da Assinatura	
6- _ _ _ _										42-Data de Realização	
7- _ _ _ _										43-Data Prevista Término do Tratamento	
8- _ _ _ _										44-Tipo de Atendimento	
9- _ _ _ _										45-Tipo de Faturamento	
10- _ _ _ _										46-Total Quantidade US	
11- _ _ _ _										47-Valor Total R\$	
12- _ _ _ _										48-Total Franquia / Co-participação R\$	
13- _ _ _ _											
14- _ _ _ _											
15- _ _ _ _											

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 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 com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048 536 178-52

Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048 536 178-52

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratante
06/10/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
06/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
06/10/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
06/10/20