



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

390930
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 01/12/10
4-Data de Autorização
5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO
6-Número da Guia Principal 390930
7-Data Validade da Senha 04/01/12

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 010202532357100100101
9-Plano
10-Empresa
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIELA DIAS DOS SANTOS COSTA
14-Telefone
15-Nome do titular do plano DANIELA DIAS DOS SANTOS COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Avencimento 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 no Operadora / ONP / J / 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/Rígido | 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 | 008100030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | 1 | | 1 | 3400 | | 000 | N | 06/10/20 | <i>Gregori Zvinokievicz</i> |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsto Término do Tratamento 06/10/20
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 3400
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$ 3400
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000

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 da 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
Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111-393
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 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 Cerimbo da Empresa