



Participação para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Serha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número de Guia Principal 367884	7-Data Validade da Serha 30/11/20	367884 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 010202510550601600101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARINALVA NORONHA BEZERRA FEITOSA		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano MARINALVA NORONHA BEZERRA FEITOSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Adendo 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 1-001810000130	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Cente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 3400	37-Valor 01/09/20
41-Motivo da Guia 42-Assinatura						
1-001810000130						
2-001810000130						
3-001810000130						
4-001810000130						
5-001810000130						
6-001810000130						
7-001810000130						
8-001810000130						
9-001810000130						
10-001810000130						
11-001810000130						
12-001810000130						
13-001810000130						
14-001810000130						
15-001810000130						
43-Data Previsão Término do Tratamento 01/09/20						
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 3400		47-Valor Total R\$ 0100
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 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 111 393						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/09/20						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 01/09/20						
52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20						
53-Data, local e Carimbo da Empresa						



Atividade para o dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



357040
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 2 / 1 1 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
357040

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
1 4 / 1 0 8 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 4 / 1 0 8 / 1 2 0

1-Registro ANS
408414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 8 1 3 2 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
1 1 / 1 1 / 1 2 0

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

RICARDO BUENO FONSECA

17/01/1972

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA

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-LUF
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-LUF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

27-Número no CRO
111393

28-LUF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Glosa	42-Assinatura
1	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	3 4 0 0				14/08/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prévia ao Término do Tratamento
14/08/20

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 4 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 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 411.393

Dr. Gregori J. Zvinokievicz

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/08/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/08/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/08/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/08/20



Kit de liberação para o dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



358576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2018	4-Data de Autorização 11/08/2018	5-Sentia PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 358576	7-Data Validade da Sentia 11/08/2018	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 010202530304600001011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/08/2018	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOANA DARC VIEIRA			14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOANA DARC VIEIRA	16-Número do Cartão Nacional de Saúde	
17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ			18-Número no CRO 111393	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Código no CRO 111393
22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ			23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES	26-Número no CRO 111393
27-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ			28-UF SP	29-Código CBO S	30-Código no CRO 111393	
31-Código do Procedimento 100810000030			32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Cid 1
36-Quantidade de US 1			37-Valor 34,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut N	40-Data de Realização 11/08/2018
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura Joana						
43-Data Prescrição Término do Tratamento 11/08/2018			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\$						
49-Observação Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111393						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2018						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2018						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2018						

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



358577
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 18/08/2012 4-Data de Autorização 18/08/2012 5-Sintra PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 358577 7-Data Validade da Sintra 16/11/2012

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0020253030460000001012 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JOSE ERIBALDO TAVARES 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JOANA DARCI VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEWICZ 18-Número no CRO 111393 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - 21-Código no Operadora / CNEP / CPF 041853677852 22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEWICZ 23-Número no CRO 111393 24-UF SP 25-Código CNEP 26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEWICZ 27-Número no CRO 111393 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		18/08/2012	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 18/08/2012 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 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchia / 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 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Dr. Gregori J. Zvinokiewicz CRC 111.393 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



351464
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2018	4-Data de Autorização 10/16/2018	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7762569	7-Data Validade da Sintha 03/11/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 001202510550601813203	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
11-Data Validade da Carteira			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome MANUELLA ADRIAO FONSECA					
14-Telefone					
15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA ADRIAO 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 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10418536778512		22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393		24-UF SP		25-Código ONES	
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		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 Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento										
1	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		18/08/20	Manuela
2	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		18/08/20	Manuela
3	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		18/08/20	Manuela
4	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		18/08/20	Manuela
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término de Tratamento 18/08/20	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 114400	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ler 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 111 393	Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



358699
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 18/08/20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 358699	7-Data Validade da Senha 16/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/20		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020202531246900001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 11/11/20		14-Telefone	
13-Nome MARIANA ADRIAO FONSECA		03/03/1994		15-Nome do titular do plano MARIANA ADRIAO FONSECA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 111393		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
16-Atendimento a RN GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393		24-UF SP		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 048513677852		22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		26-UF SP		27-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 111393		28-UF SP			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 de Glosa
30-Tabela	31-Código do Procedimento										
1	00810000130	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				18/08/20	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 18/08/20	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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.

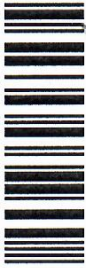
49-Observação	Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20 Mariana	53-Data, local e Carimbo da Empresa
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/20	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/20	



Tratamento odontológico

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



348465
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 8 / 1 0 / 2 0

6-Número da Guia Principal
7748201

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10 / 11 / 08

3-Data de Emissão da Guia
13 / 01 / 07

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira 0 0 / 2 0 / 2 5 / 1 0 / 5 0 / 6 0 / 0 3 / 7 0 / 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARTHUR PIVA MOREIRA	09/07/2001	14-Telefone (11) 4 0 1 5 6 1 4 4 0	15-Nome do titular do plano TELMA DAS GRACAS PIVA	

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 10 4 1 8 1 5 3 1 6 7 7 1 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	

30-Tabella	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 Glosa	42-Assinatura
1-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	3 6 1 0 0	0 0 1 0 0	0 0 1 0 0	S	25/08/20		
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	3 6 1 0 0	0 0 1 0 0	0 0 1 0 0	S	25/08/20		
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	3 6 1 0 0	0 0 1 0 0	0 0 1 0 0	S	25/08/20		
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	3 6 1 0 0	0 0 1 0 0	0 0 1 0 0	S	25/08/20		
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												
6-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												
7-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												
8-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												
9-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												
10-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												
11-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												
12-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												
13-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												
14-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												
15-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 25/08/20	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 1 4 4 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 1 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 1 0 0 0
49-Observação Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



354983
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 11:20	4-Data de Autorização 11/11/08 11:20	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7778966	7-Data Validade da Sineta 09/11/11 12:01
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--	--	---------------------------------------

13-Nome ARTHUR PIVA MOREIRA		14-Telefone (11) 40561410		15-Nome do titular do plano TELMA DAS GRACAS PIVA	
--------------------------------	--	------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	
---	--	--------------------------	--	--	--

21-Código na Operadora / CNEP / CPF 04853677852		22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393	
--	--	---	--	----------------------------	--

25-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		26-UF SP		27-Número no CRO 111393	
---	--	-------------	--	----------------------------	--

28-UF SP		29-Código CBO S		30-Código CBO S	
-------------	--	-----------------	--	-----------------	--

31-Código do Procedimento 30-Tabella		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região 26 O 1	
---	--	------------------------------------	--	---------------------------	--

34-Face O 1		35-Quantidade US 16100		36-Valor 0,00	
----------------	--	---------------------------	--	------------------	--

37-Valor 0,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00		39-Aut S	
------------------	--	---	--	-------------	--

40-Data de Realização 25/08/20		41-Motivo da Glosa Assinatura		42-Assinatura	
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	---------------	--

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/08/20		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 6100		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(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					
---------------	--	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/08/20 04:53:10 Dr. Gregori Jose Zvinokievicz					
--	--	--	--	--	--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/08/20 04:53:10 Dr. Gregori Jose Zvinokievicz					
--	--	--	--	--	--

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/08/20 12:01:20					
--	--	--	--	--	--

53-Data, local e Carimbo da Empresa					
-------------------------------------	--	--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



354530
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
01/09/11 11/12/10

6-Número da Guia Principal
7776774

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/11/08 12/12/10

3-Data de Emissão da Guia
11/11/08 12/12/10

1-Registro ANS
4006414

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DYOVANNA COTRATEZI LINO		14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano EDMEIA DE FATIMA MARCOLINO SILVA
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	21-Código CNES SP
22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		26-Número no CRO 111393	27-UF SP

28-Data de Realização 28/02/1999		29-Valor 025 - Faturar Empresa	30-Valor Total R\$ 00,00
31-Quantidade US 1		32-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	33-Motivo de Glosa 42-Assinatura 26/08/10
34-Face 1		35-Ord 1	36-Data de Realização 26/08/10
37-Depto/Região HASD		38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S
39-Depto/Região HASE		40-Data de Realização 26/08/10	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura 26/08/10
41-Depto/Região HAIE		42-Data de Realização 26/08/10	43-Motivo de Glosa 42-Assinatura 26/08/10
43-Depto/Região HAID		44-Data de Realização 26/08/10	45-Motivo de Glosa 42-Assinatura 26/08/10

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Depto/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/08/10	26/08/10
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/08/10	26/08/10
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/08/10	26/08/10
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/08/10	26/08/10
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/08/10	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 00,00	47-Valor Total R\$ 00,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00,00
--	--	---	-----------------------------	-----------------------------	--

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(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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/08/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/10	53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
---------------	---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



358628
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
16/11/2012

6-Número da Guia Principal
7795347

5-Sinthe
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/05/2012

3-Data de Emissão da Guia
18/08/2012

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira 01020202530304600000102	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE ERIBALDO TAVARES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOANA DARC VIEIRA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041853677852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	24-UF SP	25-Código ONES
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 de Glosa 42-Assinatura
1	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36100	01010	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012
2	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36100	01010	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012
3	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36100	01010	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012
4	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36100	01010	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012	0109/2012
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/09/2012	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 14400	47-Valor Total R\$ 01010	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

49-Observação Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 01/09/2012 CPF 048 536 778-52	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável 01/09/2012 CPF 048 536 778-52	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/2012 CPF 048 536 778-52	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



358607
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
11/11/2012

6-Número de Guia Principal
7795229

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/08/2012

3-Data de Emissão da Guia
11/08/2012

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010201253030460000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ /

13-Nome
JOANA DARC VIEIRA

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
JOANA DARC 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
04181531677852

22-Nome do Contratado Excedente
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
111393

24-UF
SP

25-Código CHES

26-Nome do Profissional Excedente
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

27-Número no CRO
111393

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	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 Guia	42-Assinatura
1-01081531677852	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	01/09/20		
2-01081531677852	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	01/09/20		
3-01081531677852	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	01/09/20		
4-01081531677852	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	01/09/20		
5- / / /												
6- / / /												
7- / / /												
8- / / /												
9- / / /												
10- / / /												
11- / / /												
12- / / /												
13- / / /												
14- / / /												
15- / / /												

43-Data Previsto Término do Tratamento
01/09/20

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

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcela

46-Total Quantidade US
144,00

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 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 111 393

Dr. Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/09/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/09/20

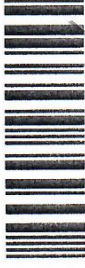
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/09/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/09/20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359472
INTERCÂMBIO

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

6-Número de Guia Principal
7799263

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/09/08 11/12/01

3-Data de Emissão da Guia
11/09/08 11/12/01

1-Registro ANS
408414

8-Número da Carteira
01010210253121469100000101011

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIANA ADRIAO FONSECA

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
MARIANA ADRIAO FONSECA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

18-UF
SP

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
014853677852

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
111393

24-UF
SP

25-Código CNES
SP

26-Nome do Profissional Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

27-Número no CRO
111393

28-UF
SP

29-Código CBO S
SP

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Ord

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
01/09/12

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

45-Tipo de Faturamento
1 Total 2 Parcial

46-Tipo de Faturamento
1 Total 2 Parcial

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/09/12 Dr. Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/09/12 Dr. Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável
01/09/12 Mariana

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável
01/09/12 Mariana

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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



2-№

363752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 2/5/10/8/2/0/	4-Data de Autorização 2/7/10/8/2/0/	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7820443	7-Data Validade da Senha 2/3/11/1/1/2/0/
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 6 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JACKSON ALVES FEITOSA	14-Telefone () _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	15-Nome do titular do plano MARINALVA NORONHA BEZERRA FEITOSA		

16-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		18-Número no CRO	11393	19-UF	SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ			22-Nome do Contratado Executante	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ			
0 4 8 5 3 6 7 7 8 5 2					23-Número no CRO	11393	24-UF	SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante		GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ			27-Número no CRO	11393	28-UF	SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															43-Data Prescrição / Término do Tratamento										44-Tipo de Alendimento										45-Tipo de Faturamento										46-Total Quantidade US										47-Valor Total R\$										48-Total Franquia / Co-participação R\$																																																																																																																																	
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 Classe 42-Assinatura																													
1- 1- 0 1 0 1 8 5 2 0 0 1 6 6															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 Classe 42-Assinatura														
2- 2- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 1 2 1															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 Classe 42-Assinatura														
3- 3- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
4- 4- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
5- 5- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
6- 6- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
7- 7- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
8- 8- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
9- 9- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
10- 10- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
11- 11- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
12- 12- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
13- 13- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
14- 14- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														
15- 15- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1															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 Classe 42-Assinatura														

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), 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	50- Data, local e Assinatura do Cliente/Dono	51- Data, local e Assinatura do Curador/Revisor	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53- Data, local e Carimbo da Empresa
	Dr. Gregorij J Zvinokievicz CRC 111 393	Dr. Gregorij J Zvinokievicz CRC 111 393	Dr. Gregorij J Zvinokievicz CRC 111 393	



2-№



340102
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 1 6 1 / 0 1 7 1 / 2 0 1		4-Data de Autorização 1 1 7 1 / 0 1 7 1 / 2 0 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7709047		7-Data Validade da Senha 1 1 4 1 / 1 1 0 1 / 2 0 1		340102 ✓ INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0 0 0 2 0 1 2 5 2 1 9 7 8 6 0 0 0 0 0 0 1 0 1													
9-Plano POS REDE PRESTADORA													
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA													
11-Data Validade da Carteira _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome ROSANA DE JESUS PEREIRA													
14-Telefone (_ _ _) _ _ _ _ - _ _ _ _													
15-Nome do Titular do plano ROSANA DE JESUS PEREIRA													
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ													
18-Atendimento a RN N													
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 CINES SP													
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ													
27-Número no CRO 111393													
28-UF SP													
29-Código CBO S													
Faturar Empresa Enviar - RX (!) 81000421-													

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 Glosa	42- Assinatura		
1-	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	7 3 0 0		0 0 0 0	S	07/08/20				
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 0 0		0 0 0 0	S	07/08/20				
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														
43- Data Revisão: 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\$				
07/08/20		1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		1- Total 2- Parcel		8 7 0 0				0 0 0 0				

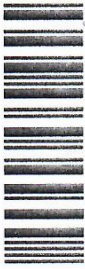
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, conforme as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda 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 Zymolkevicz CRC 411 393	Dr. Gregori J Zymolkevicz CRC 411 393	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	01/11/2020	01/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	01/11/2020	01/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa

OdontLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. NF



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/08/2018	4-Data de Autorização 12/01/2018	5-Então AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7795183	7-Data Validade da Sentença 16/11/2012	358594 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000202510550601813202		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira
13-Nome RICARDO BUENO FONSECA		17/01/1972		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		18-Número no CRC 111393		19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04853677852		22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRC 111393		24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		26-Número no CRC 111393		27-UF SP		28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	7300	0100	0100
2-00182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47	1	7300	0100	0100
3-00182000859	EXODONTIA DE RAIZ	48	1	7300	0100	0100
4-00181000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1400	0100	0100
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
43-Data Previsão Término do Tratamento 21/08/20						
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3-Ortodontia 4- Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial						
46-Valor Total US 123300						
47-Valor Total RS 0000						
48-Total Franquia / Co-participação RS						
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, compreendendo-me a pagar, com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação Dr. Gregori Jose Zvinokievicz CRC 111393 CPF 04853677852						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/08/2018						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 21/08/2018						
52-Data, local e Assinatura do Bancário / Responsável 21/08/2018						
53-Data, local e Címbio da Empresa						



2-Nº



da Senha
1 0 1 2 0 1

340118
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
17- Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		18- Número no CRO 111393		19- UF SP		20- Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16- Atendimento a RN N		21- Código na Operadora / CNEPJ / CPF 0 4 1 8 5 3 1 6 7 1 7 8 5 2		22- Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23- Número no CRO 111393		24- UF SP	
26- Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		27- Número no CRO 111393		28- UF SP		29- Código CBO S		Enviar - RX (IF) 85200158-37 (I) 85100200 (I) 81000421-	

43-Data Previsão 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\$
25/08/2011	1- Tratamento Odontológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	696,00	0,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, 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) 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	Zaner 500		Dr. Gregorio Zvinovtchikov	CRG 111 393	12/08/2011	50-Dupl. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/08/2011	51-Dupl. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/08/2011	52-Dupl. local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/08/2011	53-Dupl. local e Carimbo de Empresa	12/08/2011
---------------	-----------	--	----------------------------	-------------	------------	---	------------	---	------------	---	------------	-------------------------------------	------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

354508
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 9 / 1 1 / 1 2 0 1

6-Número da Guia Principal
7776638

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 2 / 1 0 / 8 1 2 0 1

3-Data de Emissão da Guia
1 1 / 1 0 / 8 1 2 0 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 / 2 0 / 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 5 3 4 0 0 1 1

13-Nome
ITAMAR RAGAZZONI XAVIER

10-Endereço
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
1 1 / 1 1 / 1 1

12-Número do Centro Nacional de Saúde

14-Telefone
(1 3 1) 8 1 3 0 1 3 5 6 8

15-Nome do titular do plano
ITAMAR RAGAZZONI XAVIER

16-Atendimento a RN
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

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

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
111393

24-UF
SP

25-Código CNES
111393

26-UF
SP

27-Número no CRO
111393

28-UF
SP

29-Código CBO S
111393

30-UF
SP

31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Face
35-Qtd
36-Cuantidade US

37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

43-Data Previsão 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\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

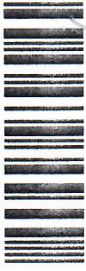
visitatore non può essere

338847
INTERCÂMBIO[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 N



358621
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Guia
16/11/20

6-Número da Guia Principal
7795282

5-Sentia
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/5/08 12:00

3-Data de Emissão da Guia
11/8/08 12:00

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

9-Número de Carteira
1002102530304600000010102

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Name
JOSE ERIBALDO TAVARES

14-Telefone
13/02/1957

15-Nome do titular do plano
JOANA DARC 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 -

21-Código na Operadora / CNEP / CPF
10418536717852

22-Nome do Contratado Excutante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
111393

24-UF
SP

25-Código CNES
Envia - RX

26-Nome do Profissional Excutante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

27-Número no CRO
111393

28-UF
SP

29-Código CBO S
(I) 81000421-

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 Glosa	42-Assinatura
1	01018536717852	01018536717852	01018536717852	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	18800	01018536717852	01018536717852	S	01/09/20		
2	01018536717852	01018536717852	01018536717852	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1400	01018536717852	01018536717852	S	01/09/20		
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Prevista Término do Tratamento
01/09/20

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

45-Tipo de Faturamento
1-1 Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
11021010

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 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), to(fo)ram realizado(s), to(fo)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

Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111.393

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
01/09/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável
01/09/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/09/20

53-Data, local e Assinatura da Empresa
01/09/20

358615
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 Registro ANS 408414	3 Data de Emissão da Guia 11/08/2011	4 Data de Autorização 25/08/2011	5 Senha AUTORIZADO	6 Número da Guia Principal 7795271	7 Data Válida da Senha 16/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8 Número da Carteira	0	0	0	2	0	2	5	3	0	3	0	4	6	0	0	0	0	0	1	0	2	
9 Plano	POS REDE PRESTADORA																					
10 Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA																					
11 Data Validade de Carteira	_/_		_/_		_/_		_/_		_/_		_/_		_/_		_/_		_/_		_/_		_/_	
12 Número do Cartão Nacional de Saúde																						

13-Name _____

13- Nome:	JOSE ERIBALDO TAVARES
14- Telefone:	13/02/1957
15- Nome do titular do plano:	JOANA DARCY VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	16-Atribuição a RN N	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código nas Operadoras / CNPJ / CPF 048536718521	26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 11393	28-UF SP	25-Código CNES SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Gvsa 42-Assinatura
1-0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	34 OD	1	1	8,8	0,0	0,0	1	01/09/20	[Assinatura]
2-0 0 8 5 1 0 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA	35 MOD	1	1	2,2	0,0	0,0	1	01/09/20	[Assinatura]
3-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	4,0	0,0	0,0	1	01/09/20	[Assinatura]
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista, Tempo do Tratamento

01/09/20

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

224,00

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 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

Enviar rx para análise na produção

49 - Observação

Dr Gregori J Zymorkiewicz

Dr Gregori J Zymorkiewicz

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 Carimbo da Empresa



2-Nº

348460
INTERCÂMBIO[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, 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 contratados, incluindo, quando aplicável, honorários de terceiros, e a retribuição, de acordo com o contrato firmado, a qualquer tempo, mediante apresentação dos custos comprovados pelo profissional contratado. 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 contratados, incluindo, quando aplicável, honorários de terceiros, e a retribuição, de acordo com o contrato firmado, a qualquer tempo, mediante apresentação dos custos comprovados pelo profissional contratado.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
22/10/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
22/10/2010

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/10/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa
//11/11

53-Data local e Carimbo da Empresa