



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

427564
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/3/012/12/1

6-Número da Guia Principal
427564

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
11/11/11

3-Data de Emissão da Guia
12/5/11/11/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010120125330833000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
NATALIA CAVALVANTE DA SILVA

15/06/1985

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
NATALIA CAVALVANTE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

025 -

18-Número no CRO
111393

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
04853677852

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

24-UF
SP

25-Código CNES
111393

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-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
1-00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3400	01	01	01	01	01	25/11/20	notado
2-11111111111											
3-11111111111											
4-11111111111											
5-11111111111											
6-11111111111											
7-11111111111											
8-11111111111											
9-11111111111											
10-11111111111											
11-11111111111											
12-11111111111											
13-11111111111											
14-11111111111											
15-11111111111											

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\$
25/11/20	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3400	0100	0100

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) 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, sob a condição de que o mesmo não poderá ser utilizado para qualquer outro fim.

Assinatura do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
CPF 048.536.778-52
CRC 111 393

Assinatura do Cirurgião-Dentista
NATALIA CAVALVANTE DA SILVA
CPF 048.536.778-52
CRC 111 393

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
25/11/20 Natalia Cav. da Silva