

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



355070
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	4-Data de Autorização 13/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7780284	7-Data Validade da Senha 09/11/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025105506001750601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2018	12-Número do Contrato Nacional de Saúde	
13-Nome MARISA DE ARAUJO ROCHA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano MARISA DE ARAUJO ROCHA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04853677852					
22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ					
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Registo	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	00851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6100	0,00	0,00		20/11/20	
2	00851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6100	0,00	0,00		20/11/20	
3	0081000421	RX PERIAPICAL	1	RPSE	1	1400	0,00	0,00		20/11/20	
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/11/20	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 136,00	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 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 MARISA DE ARAUJO ROCHA					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					