

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

410635

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 3 / 1 1 / 1 2 0 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8019033		7-Data Validade da Senha 0 1 / 0 1 / 2 1 2 1	
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		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ITAMAR RAGAZZONI XAVIER									
14-Teléfono (1 3 J) 8 1 3 0 1 3 5 6 8									
15-Nome do titular do plano ITAMAR RAGAZZONI XAVIER									
16-Atendimento a RN N									
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									
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabella									
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0 0 0 8 5 4 0 0 2 2 0		NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO		41		1		36-Quantidade US	
2-0 0 0 8 5 4 0 0 0 8 4		COROA PROVISÓRIA SEM PINO		41		1		37-Valor	
3-0 0 0 8 5 4 0 0 1 1 4		COROA TOTAL EM CERÔMERO		41		1		38-Franquia/Co-participação R\$	
4-0 0 0 8 5 4 0 0 2 2 0		NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO		42		1		39-Aut	
5-0 0 0 8 5 4 0 0 0 8 4		COROA PROVISÓRIA SEM PINO		42		1		40-Data de Realização	
6-0 0 0 8 5 4 0 0 1 1 4		COROA TOTAL EM CERÔMERO		42		1		41-Motivo da Glosa	
7-0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL		R11		1		42-Assinatura	
8- / / / / / / / / / /									
9- / / / / / / / / / /									
10- / / / / / / / / / /									
11- / / / / / / / / / /									
12- / / / / / / / / / /									
13- / / / / / / / / / /									
14- / / / / / / / / / /									
15- / / / / / / / / / /									
43-Data Emissão Término do Tratamento 11/11/20									
44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Fracturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1-1		1-Total 2-Parcial		1 8 6 4 0 0		/ / / / / / / / / /		/ / / / / / / / / /	

Declaro, que após ter sido devidamente esboçado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a 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.

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
11/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável
11/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/20

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