



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Seu tratamento para sempre

2- Nº



329644
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/15/10 16/12/10		4-Data de Autorização 11/11/11		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 329644		7-Data Validade da Senha 12/31/10 09/12/10		2-Nº			
8-Número de Carteira 1002020251051051060100490011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número de Carteira Nacional de Saúde							
13-Nome DOROTI DA SILVA		14-Telefone (11) 3134217-5327		15-Nome do titular do plano DOROTI DA 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 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 ONES		26-UF SP		27-Número no CRO 111393		28-Código CBO S	
29-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-Código do Procedimento 1-00181000030		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Qtd 1	
37-Valor 3400		38-Franquia/Co-participação R\$ 00		39-Aut N		40-Data de Realização 25/06/20		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 103							
43-Data Previsão Término do Tratamento 25/06/20		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tipos de Atendimento		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 3400		47-Valor Total R\$ 00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00					
49-Observação 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.															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/06/20 Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111393															
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/20 Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111393															
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/20 103															
53-Data, local e Carimbo da Empresa															



2-Nº

323230
INTERCÂMBIO[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



323094
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Semha
0 8 / 0 9 / 2 0

5-Número da Guia Principal
7628543

5-Semha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 1 / 2 0 / 0 6 / 1 2 / 0 1

3-Data de Emissão da Guia
1 1 / 0 1 / 0 6 / 1 2 / 0 1

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira
0 1 0 2 0 1 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 7 9 7 4 0 1 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
CARLOS AUGUSTO LITVINOFF GENTA JUNIOR

14-Teléfono
() / / / / / /

15-Nome do titular do plano
CARLOS AUGUSTO LITVINOFF GENTA JUNIOR

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
0 4 8 5 3 6 7 7 8 5 2 1 1

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-Enviar - RX
() 85100200
() 85100200
() 8100421-RPSE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor											
1-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0 1	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	1	8 8 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
2-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0 1	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	1	8 8 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
3-0 0 1 8 1 0 0 4 2 1 1	RX PERIAPICAL	RPSE			1	1 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
4-1																		
5-1																		
6-1																		
7-1																		
8-1																		
9-1																		
10-1																		
11-1																		
12-1																		
13-1																		
14-1																		
15-1																		

43-Data Prevista Término do Tratamento
24/10/20

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
1 1 9 0 0 0 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 0 0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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

49-Observação

Di Gregori J Zvinokievicz
CPF 042 536 779-52

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
24/10/2020, 24/10/2020, 24/10/2020

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/10/2020, 24/10/2020, 24/10/2020

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/10/2020, 24/10/2020, 24/10/2020

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/10/2020, 24/10/2020, 24/10/2020



Tratamento para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/10/2012

4-Data de Autorização
18/10/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7641452

7-Data Válida da Senha
15/10/2012

325925
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020202510501601427002

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Válida da Carteira
11/10/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EDSON MENEZES

14-Telefone
(11) 4197514340

15-Nome do titular do plano
LIONAI SOUZA MENEZES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
041815316171852

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
11393

24-UF
SP

25-Código CBO S
025 -

26-Nome do Profissional Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

27-Número no CRO
11393

28-UF
SP

29-Código CBO S
025 -

30-Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-37
(I) 81000421-

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

43-Data

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Faturamento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Faturamento

58-Tipo de Faturamento

59-Tipo de Faturamento

60-Tipo de Faturamento

61-Tipo de Faturamento

62-Tipo de Faturamento

63-Tipo de Faturamento

64-Tipo de Faturamento

65-Tipo de Faturamento

66-Tipo de Faturamento

67-Tipo de Faturamento

68-Tipo de Faturamento

69-Tipo de Faturamento

70-Tipo de Faturamento

71-Tipo de Faturamento

72-Tipo de Faturamento

73-Tipo de Faturamento

74-Tipo de Faturamento

75-Tipo de Faturamento

76-Tipo de Faturamento

77-Tipo de Faturamento

78-Tipo de Faturamento

79-Tipo de Faturamento

80-Tipo de Faturamento

81-Tipo de Faturamento

82-Tipo de Faturamento

83-Tipo de Faturamento

84-Tipo de Faturamento

85-Tipo de Faturamento

86-Tipo de Faturamento

87-Tipo de Faturamento

88-Tipo de Faturamento

89-Tipo de Faturamento

90-Tipo de Faturamento

91-Tipo de Faturamento

92-Tipo de Faturamento

93-Tipo de Faturamento

94-Tipo de Faturamento

95-Tipo de Faturamento

96-Tipo de Faturamento

97-Tipo de Faturamento

98-Tipo de Faturamento

99-Tipo de Faturamento

100-Tipo de Faturamento

101-Tipo de Faturamento

102-Tipo de Faturamento

103-Tipo de Faturamento

104-Tipo de Faturamento

105-Tipo de Faturamento

106-Tipo de Faturamento

107-Tipo de Faturamento

108-Tipo de Faturamento

109-Tipo de Faturamento

110-Tipo de Faturamento

111-Tipo de Faturamento

112-Tipo de Faturamento

113-Tipo de Faturamento

114-Tipo de Faturamento

115-Tipo de Faturamento

116-Tipo de Faturamento

117-Tipo de Faturamento

118-Tipo de Faturamento

119-Tipo de Faturamento

120-Tipo de Faturamento

121-Tipo de Faturamento

122-Tipo de Faturamento

123-Tipo de Faturamento

124-Tipo de Faturamento

125-Tipo de Faturamento

126-Tipo de Faturamento

127-Tipo de Faturamento

128-Tipo de Faturamento

129-Tipo de Faturamento

130-Tipo de Faturamento

131-Tipo de Faturamento

132-Tipo de Faturamento

133-Tipo de Faturamento

134-Tipo de Faturamento

135-Tipo de Faturamento

136-Tipo de Faturamento

137-Tipo de Faturamento

138-Tipo de Faturamento

139-Tipo de Faturamento

140-Tipo de Faturamento

141-Tipo de Faturamento

142-Tipo de Faturamento

143-Tipo de Faturamento

144-Tipo de Faturamento

145-Tipo de Faturamento

146-Tipo de Faturamento

147-Tipo de Faturamento

148-Tipo de Faturamento

149-Tipo de Faturamento

150-Tipo de Faturamento

151-Tipo de Faturamento

152-Tipo de Faturamento

153-Tipo de Faturamento

154-Tipo de Faturamento

155-Tipo de Faturamento

156-Tipo de Faturamento

157-Tipo de Faturamento

158-Tipo de Faturamento

159-Tipo de Faturamento

160-Tipo de Faturamento

161-Tipo de Faturamento

162-Tipo de Faturamento

163-Tipo de Faturamento

164-Tipo de Faturamento

165-Tipo de Faturamento

166-Tipo de Faturamento

167-Tipo de Faturamento

168-Tipo de Faturamento

169-Tipo de Faturamento

170-Tipo de Faturamento

171-Tipo de Faturamento

172-Tipo de Faturamento

173-Tipo de Faturamento

174-Tipo de Faturamento

175-Tipo de Faturamento

176-Tipo de Faturamento

177-Tipo de Faturamento

178-Tipo de Faturamento

179-Tipo de Faturamento

180-Tipo de Faturamento

181-Tipo de Faturamento

182-Tipo de Faturamento

183-Tipo de Faturamento

184-Tipo de Faturamento

185-Tipo de Faturamento

186-Tipo de Faturamento

187-Tipo de Faturamento

188-Tipo de Faturamento

189-Tipo de Faturamento

190-Tipo de Faturamento

191-Tipo de Faturamento

192-Tipo de Faturamento

193-Tipo de Faturamento

194-Tipo de Faturamento

195-Tipo de Faturamento

196-Tipo de Faturamento

197-Tipo de Faturamento

198-Tipo de Faturamento

199-Tipo de Faturamento

200-Tipo de Faturamento

201-Tipo de Faturamento

202-Tipo de Faturamento

203-Tipo de Faturamento

204-Tipo de Faturamento

205-Tipo de Faturamento

206-Tipo de Faturamento

207-Tipo de Faturamento

208-Tipo de Faturamento

209-Tipo de Faturamento

210-Tipo de Faturamento

211-Tipo de Faturamento

212-Tipo de Faturamento

213-Tipo de Faturamento

214-Tipo de Faturamento

215-Tipo de Faturamento

216-Tipo de Faturamento

217-Tipo de Faturamento

218-Tipo de Faturamento

219-Tipo de Faturamento

220-Tipo de Faturamento

221-Tipo de Faturamento

222-Tipo de Faturamento

223-Tipo de Faturamento

224-Tipo de Faturamento

225-Tipo de Faturamento

226-Tipo de Faturamento

227-Tipo de Faturamento

228-Tipo de Faturamento

229-Tipo de Faturamento

230-Tipo de Faturamento

231-Tipo de Faturamento

232-Tipo de Faturamento

233-Tipo de Faturamento

234-Tipo de Faturamento

235-Tipo de Faturamento

236-Tipo de Faturamento

237-Tipo de Faturamento

238-Tipo de Faturamento

239-Tipo de Faturamento

240-Tipo de Faturamento

241-Tipo de Faturamento

242-Tipo de Faturamento

243-Tipo de Faturamento

244-Tipo de Faturamento

245-Tipo de Faturamento

246-Tipo de Faturamento

247-Tipo de Faturamento

248-Tipo de Faturamento

249-Tipo de Faturamento

250-Tipo de Faturamento

251-Tipo de Faturamento

252-Tipo de Faturamento

253-Tipo de Faturamento

254-Tipo de Faturamento

255-Tipo de Faturamento

256-Tipo de Faturamento

257-Tipo de Faturamento

258-Tipo de Faturamento

259-Tipo de Faturamento

260-Tipo de Faturamento

261-Tipo de Faturamento

262-Tipo de Faturamento

263-Tipo de Faturamento

264-Tipo de Faturamento

265-Tipo de Faturamento

266-Tipo de Faturamento

267-Tipo de Faturamento

268-Tipo de Faturamento

269-Tipo de Faturamento

270-Tipo de Faturamento

271-Tipo de Faturamento

272-Tipo de Faturamento

273-Tipo de Faturamento

274-Tipo de Faturamento

275-Tipo de Faturamento

276-Tipo de Faturamento

277-Tipo de Faturamento

278-Tipo de Faturamento

279-Tipo de Faturamento

280-Tipo de Faturamento

281-Tipo de Faturamento

282-Tipo de Faturamento

283-Tipo de Faturamento

284-Tipo de Faturamento

285-Tipo de Faturamento

286-Tipo de Faturamento

287-Tipo de Faturamento

288-Tipo de Faturamento

289-Tipo de Faturamento

290-Tipo de Faturamento

291-Tipo de Faturamento

29



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



324318
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
13/10/2012

6-Número da Guia Principal
7633385

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
17/10/2012

3-Data de Emissão da Guia
15/10/2012

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 100202510550600914102	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	
11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROBERTO DOS SANTOS MACHADO	
14-Telefone () - - - - -	
15-Nome do titular do plano SIRLEIA MARCIA PEREIRA MACHADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
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
23-Número no CRO 111393	24-UF SP
25-Código CNES	26-UF SP
27-Número no CRO 111393	28-UF SP
29-Código CBO S	30-UF SP
31-Data Validade da Carteira 10/01/1975	
32-Telefone () - - - - -	
33-Data Validade da Carteira 10/01/1975	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/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
1-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	23/06/2012		
2-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	23/06/2012		
3-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	23/06/2012		
4-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	23/06/2012		
5-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
6-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
7-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
8-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
9-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
10-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
11-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
12-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
13-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
14-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
15-0101853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											

43-Data Paginação Término do Tratamento 23/06/2012	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-Valor Total R\$ 114,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	------------------------------	----------------------------	---

49-Observação 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.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/06/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/06/2012

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

312566
INTERCÂMBIO

312566
INTERCÂMBIO

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

6-Número da Guia Principal
7557920

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 4 / 1 0 / 5 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 2 / 1 0 / 5 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão da Guia
1 2 / 1 0 / 5 / 1 2 0

8-Número da Carteira
0 0 2 1 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 4 2 7 0 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EDSON MENEZES

14-Telefone
(1 1) 4 9 7 5 1 4 3 4 0

15-Data de Emissão da Guia
15/09/1956

16-Atendimento a RN
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

17-Nome do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

18-Número no CRO
111393

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 4 8 5 3 6 1 7 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-Descrição
31-Código do Procedimento
32-Quantidade US
33-Valor

34-Face
35-CRI
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
19/06/20

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

45-Data Previsão Término do Tratamento
19/06/20

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

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
19/06/20

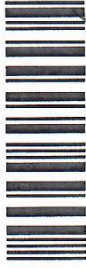
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/06/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/06/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º NF



318935
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2012	4-Data de Autorização 01/10/2012	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 318935	7-Data Validade da Senha 30/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10102025105050601468902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 01/10/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LINDALVA DA SILVA MACEDO		30/11/1964	14-Telefone () 3501611398	15-Nome do titular do plano REGINALDO ALVES MACEDO	

16-Atendimento a RN N GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 11393	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0148513677852		22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	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		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-	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3400	0100	01/10/2012							
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/10/2012	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-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 3400	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	---	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, é (s) por mim assinado(s), fui/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 01/10/2012, CRC 444 393	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012, CRC 444 393	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012, CPF 042 536 778-52
---------------	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



306051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2010 14:20	4-Data de Autorização 11/04/2010 14:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7509921	7-Data Validade da Senha 11/12/2010 17:20
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 00020202510550600828403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome REYNAN GABRIEL RODERO ALVES	14-Telefone (11) 350610410	15-Nome do titular do plano FLAVIA CILENE ALVES FRITZ
--	-------------------------------	--

16-Adendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 11393	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 048536177852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	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
---	---------------------------	-------------	-----------------

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	8	5	1	0	0	1	9	6			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/06/2010	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 61,00	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 apresentado, 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/06/2010 CPF 042.536.778-52	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Centista 03/06/2010 CPF 042.536.778-52	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/06/2010 Regen	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



na qualidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



306152
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Saúde
11/12/10 17/12/10

6-Número da Guia Principal
7509911

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/14/10 14/12/10

3-Data de Emissão da Guia
11/13/10 14/12/10

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira 00020251050600828403	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/14/10 14/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REYNAN GABRIEL RODERO ALVES	14-Teléfono (11) 3506104101	15-Nome do Titular do plano FLAVIA CILENE ALVES FRITZ	

16-Atendimento a RN GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	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 014815136171852111	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-RIS
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										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura		
1-001851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	12 P	1	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/10/20	Reynan			
2-0018100421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	01/10/20	Reynan			
3-1111111111														
4-1111111111														
5-1111111111														
6-1111111111														
7-1111111111														
8-1111111111														
9-1111111111														
10-1111111111														
11-1111111111														
12-1111111111														
13-1111111111														
14-1111111111														
15-1111111111														

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/10/20	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 75,00	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 apresentado, 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 pagar 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
01/10/20

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/10/20

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/10/20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



308586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/04 12:00	4-Data de Autorização 12/8/04 12:00	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7528288	7-Data Validade da Sineta 2/6/07 12:00
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102051015016008284013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REYNAN GABRIEL RODERO ALVES	23/08/1996	14-Telefone () 31501610410	15-Nome do titular do plano FLAVIA CILENE ALVES FRITZ	

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 104853677852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421-RPSE
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 1-0108511002001	31-Código do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA	32-Descrição RX PERIAPICAL	33-Dente/Região 25 OD	34-Face RPSE	35-Qtd 1	36-Quantidade US 1881000	37-Valor 01/06/20	38-Franquia/Co-participação R\$ 01/06/20	39-Aut 01/06/20	40-Data de Realização 01/06/20	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura Rayson
2-0108110004211											Rayson
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento

10/1/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 110121010	47-Valor Total R\$ 0101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0101010
------------	---	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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 10/1/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/1/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/1/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/1/06/20
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



308582
INTERCÂMBIO

7. Data Validade da Sanha
21/01/17 12:01

6. Número da Guia Principal
7528264

5. Sessão
AUTORIZADO

4. Data de Autorização
21/01/17 12:01

3. Data de Emissão da Guia
21/01/17 12:01

1. Registro ANS
406414

11. Data Validade da Carteira
11/11/11

10. Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

9. Plano
POS REDE PRESTADORA

8. Número da Carteira
010202010510510610812814013

Dados do Beneficiário
REYNAN GABRIEL RODERO ALVES

12. Número do Cartão Nacional de Saúde

15. Nome do titular do plano
FLAVIA CILENE ALVES FRITZ

14. Telefone
(11) 31506104110

23/08/1996

13. Nome
REYNAN GABRIEL RODERO ALVES

16. Número no CRO
111393

19. UF
SP

20. Código CBO S
025 -

21. Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

22. Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

24. UF
SP

25. Código CNES
0185100200

26. Nome do Profissional Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

27. Número no CRO
111393

28. UF
SP

29. Código CBO S
0181000421-RIS

30. Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

31. Código do Procedimento
1010815101020101

32. Data de Realização
05/06/17

33. Dentista/Região
11 MP

34. Face
21 M

35. Qtd
1

36. Quantidade US
1

37. Valor
188100

38. Franquia/Co-participação R\$
05/06/17

39. Aut
S

40. Data de Realização R\$
05/06/17

41. Motivo da Guia
42. Assinatura

43. Data Prazo Têrmino do Tratamento
05/06/17

44. Tipo de Atendimento
1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortopedia 4. Urgência/Emergência

45. Tipo de Faturamento
1. Total 2. Parcela

46. Total Quantidade US
163100

47. Valor Total R\$
163100

48. Total Franquia / Co-participação R\$
163100

49. Observação

50. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/06/17 Reynan Gabriel

51. Data, local e Assinatura 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

52. Data, local e Assinatura 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

53. Data, local e Assinatura 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

54. Data, local e Assinatura 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.



2-Nº

308601
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 0 4 / 2 0	4-Data de Autorização 2 7 / 0 4 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7528412	7-Data Validade da Senha 2 6 / 0 7 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira	9-Plano	11-Data Validade da Carteira	
0 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 5 5 5 7 0 2	POS REDE PRESTADORA	__/__/__	
13-Nome		15-Nome do Titular do plano	
JOAO CAETANO SIMOES		IVONETE SOARES FERREIRA SIMOES	
29/04/1962		14-Telefone	
		() - - - - -	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
Nº	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX	
16-Atendimento a RN	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [0][4][8][5][3][6][7][7][8][5][2][][][][][][][][][][][]	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES	(I) 85100218 (O) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	22-Nome do Contratado 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 da Glosa 42- Assinatura
1- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA	14	MOD	1	1 1 2 2 0 0		0 0 0 0	S	03/06/20	
2- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPSD		1	1 4 0 0		0 0 0 0	S	03/06/20	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43- Data Prescrição		44- Tipo de Atendimento		45- Tipo de Faturamento		46- Total Quantidade US		47- Valor Total R\$		48- Total Franquia / Co-participação R\$	
03/06/20		1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		1- Total 2- Parcial		1 3 6 0 0		0 0 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, 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.

48- Observação	Dr Gregon J Zynokiewicz Dr Gregon J Zynokiewicz 0RC 141 393	
50-Data, local e Assinatura do Circulante-Deputado Solicitante	03/06/2020 0RC 141 393 CPF 042 536 778-52	51-Data, local e Assinatura do Circulante-Deputado 03/06/2020 042 536 778-52
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	03/06/2020 03/06/2020	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	03/06/2020	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



312724
INTERCÂMBIO

6-Número da Guia Principal
312724

7-Data Validade da Carteira
11/10/2012

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
13/10/2012

3-Data de Emissão da Guia
13/10/2012

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira
00202025105506018506011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/10/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ELIZA CAROLINA PEREIRA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ELIZA CAROLINA PEREIRA

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
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
04853677852

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

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		30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentor/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-	0	0	8	1	0	0	0	3	0	0	0	13/05/2012	13/05/2012
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento
13/05/2012

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
34,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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), falharam 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

Dr Gregori J Zvinokievicz

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/05/2012 - CPF 048 536.778-52

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/05/2012 - CPF 048 536.778-52

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/05/2012 - 28/05/2012

53-Data, local e Carimbo de Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



308607
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/04 14:12:01	4-Data de Autorização 12/7/04 14:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7528472	7-Data Validade da Senha 12/6/07 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	
8-Número da Carteira 10021021511055016101051517012		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 11/11/11		14-Telefone (11) 11111111	
13-Nome JOAO CAETANO SIMOES		29/04/1962		15-Nome do titular do plano IVONETE SOARES FERREIRA SIMOES			

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 1041853677852111		22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393		24-UF SP		25-Código CNES Envia - RX (1) 81000421-RPIE	
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-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data									
1-	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6 1	0 0	0 0 0	S	05/									
2-	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1	0 0	0 0 0	S	05/									
3-	0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1 4	0 0	0 0 0	S	05/									
4-																			
5-																			
6-																			
7-																			
8-																			
9-																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 02/06/20	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 136,10	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	--------------------	---

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/06/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/06/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/06/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--

Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 042 536 778-52

Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 042 536 778-52



Sanidade para todos

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF



320972
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
03/01/191201

6-Número da Guia Principal
320972

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
05/06/201201

3-Data de Emissão da Guia
05/06/201201

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020250769900000103

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
01/01/191201

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JEAN DEREK DUARTE

14-Telefone
10/05/1984

15-Nome do titular do plano
IVAN TADEU DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e 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
01481531677852

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela 31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor

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

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

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201

05/06/201201



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

tranquilidade para você sentir

1- Registro ANS

406414

3- Data de Emissão da Guia

16/03/2011

4- Data de Autorização

19/03/2011

5- Senha

AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal

7486416

7- Data Validade da Senha

14/06/2011

302331

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira

002020251050506009610011

9- Plano

POS REDE PRESTADORA

10- Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11- Data Validade da Carteira

11/11/11

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome

ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS

14- Telefone

(11) 31313131

15- Nome do titular do plano

ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS

16- Atendimento a RN

03/02/1962

17- Nome do Profissional Solicitante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

18- Número no CRO

111393

19- UF

SP

20- Código CBO S

025 -

21- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

22- Número no CRO

111393

23- UF

SP

24- Código CBO S

025 -

25- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

26- Número no CRO

111393

27- UF

SP

28- Código CBO S

025 -

29- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

30- Número no CRO

111393

31- UF

SP

32- Código CBO S

025 -

33- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

34- Número no CRO

111393

35- UF

SP

36- Código CBO S

025 -

37- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

38- Número no CRO

111393

39- UF

SP

40- Código CBO S

025 -

41- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

42- Número no CRO

111393

43- UF

SP

44- Código CBO S

025 -

45- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

46- Número no CRO

111393

47- UF

SP

48- Código CBO S

025 -

49- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

50- Número no CRO

111393

51- UF

SP

52- Código CBO S

025 -

53- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

54- Número no CRO

111393

55- UF

SP

56- Código CBO S

025 -

57- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

58- Número no CRO

111393

59- UF

SP

60- Código CBO S

025 -

61- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

62- Número no CRO

111393

63- UF

SP

64- Código CBO S

025 -

65- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

66- Número no CRO

111393

67- UF

SP

68- Código CBO S

025 -

69- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

70- Número no CRO

111393

71- UF

SP

72- Código CBO S

025 -

73- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

74- Número no CRO

111393

75- UF

SP

76- Código CBO S

025 -

77- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

78- Número no CRO

111393

79- UF

SP

80- Código CBO S

025 -

81- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

82- Número no CRO

111393

83- UF

SP

84- Código CBO S

025 -

85- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

86- Número no CRO

111393

87- UF

SP

88- Código CBO S

025 -

89- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

90- Número no CRO

111393

91- UF

SP

92- Código CBO S

025 -

93- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

94- Número no CRO

111393

95- UF

SP

96- Código CBO S

025 -

97- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

98- Número no CRO

111393

99- UF

SP

100- Código CBO S

025 -

101- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

102- Número no CRO

111393

103- UF

SP

104- Código CBO S

025 -

105- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

106- Número no CRO

111393

107- UF

SP

108- Código CBO S

025 -

109- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

110- Número no CRO

111393

111- UF

SP

112- Código CBO S

025 -

113- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

114- Número no CRO

111393

115- UF

SP

116- Código CBO S

025 -

117- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

118- Número no CRO

111393

119- UF

SP

120- Código CBO S

025 -

121- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

122- Número no CRO

111393

123- UF

SP

124- Código CBO S

025 -

125- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

126- Número no CRO

111393

127- UF

SP

128- Código CBO S

025 -

129- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

130- Número no CRO

111393

131- UF

SP

132- Código CBO S

025 -

133- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

134- Número no CRO

111393

135- UF

SP

136- Código CBO S

025 -

137- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

138- Número no CRO

111393

139- UF

SP

140- Código CBO S

025 -

141- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

142- Número no CRO

111393

143- UF

SP

144- Código CBO S

025 -

145- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

146- Número no CRO

111393

147- UF

SP

148- Código CBO S

025 -

149- Nome do Contratado Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

150- Número no CRO

111393

151- UF

SP

152- Código CBO S

025 -

153- Nome do Profissional Executante

GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

154- Número no CRO

111393

155- UF

SP

156- Código CBO S



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/06/20		4-Data de Autorização 11/11/11		5-Sinthesis PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 323022		7-Data Validade da Senha 08/09/20		323022 ✓ INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
8-Número de Carteira 10102102510501600337001															
9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome TELMA DAS GRACAS PIVA															
14-Telefone (111) 405611440				15-Nome do titular do plano TELMA DAS GRACAS PIVA								19/11/1963			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 -	
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF
N	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		23-Número no CRO	24-UF
041853161718512111		111393	SP
22-Nome do Contratado Executante		25-Código CNES	
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		111393	SP
		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Old	36-Qunti./lnde US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
1-	0 0 8 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	N J 0 0 6 1 20
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									

46-Total Quantidade US
34,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

43-Data Prescrição Término do Tratamento
10/06/20

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

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 contido(s) previsto em contrato.

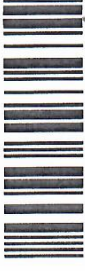
48-Observação	Dr Gregori J Zvinokhewicz		Dr Gregori J Zvinokhewicz	
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/11/2020	CPF 048 536 778-52	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/11/2020
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário	10/11/2020	CPF 048 536 778-52	53-Dia, local e Assinatura do Responsável	10/11/2020



Seu primeiro passo para uma vida saudável

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



323026
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/01/2016	4-Data de Autorização 10/01/2016	5-Sineta PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 323026	7-Data Validade da Sineta 08/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 10/01/2016		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020251050600337002		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 10/01/2016		14-Telefone (11) 40561440	
13-Nome ARTHUR PIVA MOREIRA		15-Data Validade da Carteira 09/07/2001		16-Telefone (11) 40561440		17-Data Validade da Carteira 10/01/2016	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 11393		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		21-UF SP		22-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0485136171852		22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-UF SP		24-Código CBO S	
25-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		26-Número no CRO 11393		27-UF SP		28-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Quantidade US 1		34-Valor 34,00		35-Francia/Co-participação R\$ 0,00		36-Data de Realização 10/06/2016		37-Motivo da Glosa - 42-Assinatura					
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Quantidade US		34-Valor		35-Francia/Co-participação R\$		36-Data de Realização		37-Motivo da Glosa - 42-Assinatura	
1-008100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		0,00		10/06/2016		[Assinatura]	
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

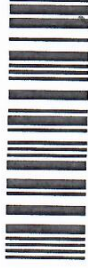
43-Diagnóstico / Tipo de Atendimento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Valor Total R\$		47-Valor Total US		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
10/06/2016		1-1 Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		34,00		34,00		0,00	

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		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
[Assinatura]		10/06/2016		10/06/2016		10/06/2016	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



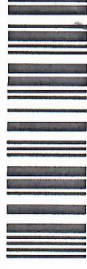
319040
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/2016		4-Data de Autorização 10/12/2016		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7605106		7-Data Validade da Senha 31/01/2018	
8-Número da Carteira 010201251105105106101468902		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LINDALVA DA SILVA MACEDO		30/11/1964		14-Telefone () 3150611398		15-Nome do titular do plano REGINALDO ALVES MACEDO					
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 / CNES / CPF 0418536717852		22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393		24-UF SP		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 85100218 (I) 81000421-	
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	
1-010851100218				RESTAURAÇÃO RESINA		15		MOD		1	
2-01081100421				RX PERIAPICAL		RPSD		1		1	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/10/2016		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 136100		47-Valor Total R\$ 01010		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), 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 12/10/2016 36 778 52											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Bolista 12/10/2016 36 778 52											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2016 36 778 52											
53-Data, local e Assinatura da Empresa											



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



321381
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2016	4-Data de Autorização 10/06/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7618480	7-Data Validade da Senha 04/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1010202507699000000103		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 JEAN DEREK DUARTE		14-Telefone 10/05/1984		15-Nome do titular do plano IVAN TADEU DUARTE	
------------------------------	--	---------------------------	--	--	--

16-Acreditamento 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 no Operadora / CNPJ / CPF 1014185316717852		22-Nome do Contratado Excedente GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393		24-UF SP		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Excedente GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	
---	--	--	--	----------------------------	--	-------------	--	----------------	--	--	--

27-Número no CRO 111393		28-UF SP		29-Código CBO S	
----------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0	15/06/20	Jean Neri
2	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	15/06/20	Jean Neri
3	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	15/06/20	Jean Neri
4	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0	15/06/20	Jean Neri
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/06/20	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\$ 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 apresentado, 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dr. Gregori J. Zvinokievicz CPF 042.536.778-52 CRC 111.393	Dr. Jean Neri CPF 042.536.778-52 CRC 111.393
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
408414

3-Data de Emissão da Guia
10/06/2016

4-Data de Autorização
10/06/2016

5-Sintha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7618463

7-Data Validade da Sintha
04/09/2019

321376
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020202501769990000103

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
JEAN DEREK DUARTE

10/05/1984

14-Telefone
(11) 30151985

15-Nome do titular do plano
IVAN TADEU DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

17-Nome do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

18-Número no CRO
111393

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX

(1) 81000421-

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
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

1-001851010196 RESTAURAÇÃO RESINA

2-00181000421 RX PERIAPICAL

18 RMSD

1400

0100

0100

0100

0100

0100

0100

3-00181000421 RX PERIAPICAL

4-00181000421 RX PERIAPICAL

5-00181000421 RX PERIAPICAL

6-00181000421 RX PERIAPICAL

7-00181000421 RX PERIAPICAL

8-00181000421 RX PERIAPICAL

9-00181000421 RX PERIAPICAL

10-00181000421 RX PERIAPICAL

11-00181000421 RX PERIAPICAL

12-00181000421 RX PERIAPICAL

13-00181000421 RX PERIAPICAL

14-00181000421 RX PERIAPICAL

15-00181000421 RX PERIAPICAL

16-00181000421 RX PERIAPICAL

17-00181000421 RX PERIAPICAL

18-00181000421 RX PERIAPICAL

19-00181000421 RX PERIAPICAL

20-00181000421 RX PERIAPICAL

21-00181000421 RX PERIAPICAL

22-00181000421 RX PERIAPICAL

23-00181000421 RX PERIAPICAL

24-00181000421 RX PERIAPICAL

25-00181000421 RX PERIAPICAL

26-00181000421 RX PERIAPICAL

27-00181000421 RX PERIAPICAL

28-00181000421 RX PERIAPICAL

29-00181000421 RX PERIAPICAL

30-00181000421 RX PERIAPICAL

31-00181000421 RX PERIAPICAL

32-00181000421 RX PERIAPICAL

33-00181000421 RX PERIAPICAL

34-00181000421 RX PERIAPICAL

35-00181000421 RX PERIAPICAL

36-00181000421 RX PERIAPICAL

37-00181000421 RX PERIAPICAL

38-00181000421 RX PERIAPICAL

39-00181000421 RX PERIAPICAL

40-00181000421 RX PERIAPICAL

41-00181000421 RX PERIAPICAL

42-00181000421 RX PERIAPICAL

43-00181000421 RX PERIAPICAL

44-00181000421 RX PERIAPICAL

45-00181000421 RX PERIAPICAL

46-00181000421 RX PERIAPICAL

47-00181000421 RX PERIAPICAL

48-00181000421 RX PERIAPICAL

49-00181000421 RX PERIAPICAL

50-00181000421 RX PERIAPICAL

51-00181000421 RX PERIAPICAL

52-00181000421 RX PERIAPICAL

53-00181000421 RX PERIAPICAL

54-00181000421 RX PERIAPICAL

55-00181000421 RX PERIAPICAL

56-00181000421 RX PERIAPICAL

57-00181000421 RX PERIAPICAL

58-00181000421 RX PERIAPICAL

59-00181000421 RX PERIAPICAL

60-00181000421 RX PERIAPICAL

61-00181000421 RX PERIAPICAL

62-00181000421 RX PERIAPICAL

63-00181000421 RX PERIAPICAL

64-00181000421 RX PERIAPICAL

65-00181000421 RX PERIAPICAL

66-00181000421 RX PERIAPICAL

67-00181000421 RX PERIAPICAL

68-00181000421 RX PERIAPICAL

69-00181000421 RX PERIAPICAL

70-00181000421 RX PERIAPICAL

71-00181000421 RX PERIAPICAL

72-00181000421 RX PERIAPICAL

73-00181000421 RX PERIAPICAL

74-00181000421 RX PERIAPICAL

75-00181000421 RX PERIAPICAL

76-00181000421 RX PERIAPICAL

77-00181000421 RX PERIAPICAL

78-00181000421 RX PERIAPICAL

79-00181000421 RX PERIAPICAL

80-00181000421 RX PERIAPICAL

81-00181000421 RX PERIAPICAL

82-00181000421 RX PERIAPICAL

83-00181000421 RX PERIAPICAL

84-00181000421 RX PERIAPICAL

85-00181000421 RX PERIAPICAL

86-00181000421 RX PERIAPICAL

87-00181000421 RX PERIAPICAL

88-00181000421 RX PERIAPICAL

89-00181000421 RX PERIAPICAL

90-00181000421 RX PERIAPICAL

91-00181000421 RX PERIAPICAL

92-00181000421 RX PERIAPICAL

93-00181000421 RX PERIAPICAL

94-00181000421 RX PERIAPICAL

95-00181000421 RX PERIAPICAL

96-00181000421 RX PERIAPICAL

97-00181000421 RX PERIAPICAL

98-00181000421 RX PERIAPICAL

99-00181000421 RX PERIAPICAL

100-00181000421 RX PERIAPICAL

101-00181000421 RX PERIAPICAL

102-00181000421 RX PERIAPICAL

103-00181000421 RX PERIAPICAL

104-00181000421 RX PERIAPICAL

105-00181000421 RX PERIAPICAL

106-00181000421 RX PERIAPICAL

107-00181000421 RX PERIAPICAL

108-00181000421 RX PERIAPICAL

109-00181000421 RX PERIAPICAL

110-00181000421 RX PERIAPICAL

111-00181000421 RX PERIAPICAL

112-00181000421 RX PERIAPICAL

113-00181000421 RX PERIAPICAL

114-00181000421 RX PERIAPICAL

115-00181000421 RX PERIAPICAL

116-00181000421 RX PERIAPICAL

117-00181000421 RX PERIAPICAL

118-00181000421 RX PERIAPICAL

119-00181000421 RX PERIAPICAL

120-00181000421 RX PERIAPICAL

121-00181000421 RX PERIAPICAL

122-00181000421 RX PERIAPICAL

123-00181000421 RX PERIAPICAL

124-00181000421 RX PERIAPICAL

125-00181000421 RX PERIAPICAL

126-00181000421 RX PERIAPICAL

127-00181000421 RX PERIAPICAL

128-00181000421 RX PERIAPICAL

129-00181000421 RX PERIAPICAL

130-00181000421 RX PERIAPICAL

131-00181000421 RX PERIAPICAL

132-00181000421 RX PERIAPICAL

133-00181000421 RX PERIAPICAL

134-00181000421 RX PERIAPICAL

135-00181000421 RX PERIAPICAL

136-00181000421 RX PERIAPICAL

137-00181000421 RX PERIAPICAL

138-00181000421 RX PERIAPICAL

139-00181000421 RX PERIAPICAL

140-00181000421 RX PERIAPICAL

141-00181000421 RX PERIAPICAL

142-00181000421 RX PERIAPICAL

143-00181000421 RX PERIAPICAL

144-00181000421 RX PERIAPICAL

145-00181000421 RX PERIAPICAL

146-00181000421 RX PERIAPICAL

147-00181000421 RX PERIAPICAL

148-00181000421 RX PERIAPICAL

149-00181000421 RX PERIAPICAL

150-00181000421 RX PERIAPICAL

151-00181000421 RX PERIAPICAL

152-00181000421 RX PERIAPICAL

153-00181000421 RX PERIAPICAL

154-00181000421 RX PERIAPICAL

155-00181000421 RX PERIAPICAL

156-00181000421 RX PERIAPICAL

157-00181000421 RX PERIAPICAL

158-00181000421 RX PERIAPICAL

159-00181000421 RX PERIAPICAL

160-00181000421 RX PERIAPICAL

161-00181000421 RX PERIAPICAL

162-00181000421 RX PERIAPICAL

163-00181000421 RX PERIAPICAL

164-00181000421 RX PERIAPICAL

165-00181000421 RX PERIAPICAL

166-00181000421 RX PERIAPICAL

167-00181000421 RX PERIAPICAL

168-00181000421 RX PERIAPICAL

169-00181000421 RX PERIAPICAL

170-00181000421 RX PERIAPICAL

171-00181000421 RX PERIAPICAL

172-00181000421 RX PERIAPICAL

173-00181000421 RX PERIAPICAL

174-00181000421 RX PERIAPICAL

175-00181000421 RX PERIAPICAL

176-00181000421 RX PERIAPICAL

177-00181000421 RX PERIAPICAL

178-00181000421 RX PERIAPICAL

179-00181000421 RX PERIAPICAL

180-00181000421 RX PERIAPICAL

181-00181000421 RX PERIAPICAL

182-00181000421 RX PERIAPICAL

183-00181000421 RX PERIAPICAL

184-00181000421 RX PERIAPICAL

185-00181000421 RX PERIAPICAL

186-00181000421 RX PERIAPICAL

187-00181000421 RX PERIAPICAL



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



322743
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2016	4-Data de Autorização 11/01/2016	5-Sintra AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7626063	7-Data Validação da Sintra 08/09/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020251050600914102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROBERTO DOS SANTOS MACHADO	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano SIRLEIA MARCIA PEREIRA MACHADO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Identificação 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 0418536717852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES (I) 85100218	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 111393	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-	

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 Guia 42-Assinatura
1	00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	12200	0000	0000		15/06/2016	
2	00185100218	RX PERIAPICAL	RMID		1	1400	0000	0000		15/06/2016	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/06/2016	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 113600	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), 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 CPF 041 536 778 52					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/06/2016 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 041 536 778 52					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/2016					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/2016					
53-Data, local e Contato da Empresa 11/11/11					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



319006
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
01/01/2016

4-Data de Autorização
02/06/2016

5-Sineta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7604876

7-Data Validade da Sineta
30/08/2016

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
020202510550601468902

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
01/01/2016

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LINDALVA DA SILVA MACEDO

14-Telefone
(11) 35061398

15-Nome do titular do plano
REGINALDO ALVES MACEDO

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 / CNPJ / CPF
04853677852

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
111393

24-UF
SP

25-Código CNES
Enviar - RX
(I) 81000421-RIS

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-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1-	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	11	16100	0100	0100	0100	0100	0100	0100	0100
2-	0108100421	RX PERIAPICAL	RIS		11	1400	0100	0100	0100	0100	0100	0100	0100
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento
01/06/2016

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
175100

47-Valor Total R\$
0100

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0100

Declaro, que após ler e compreender sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 o(s) 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
01/06/2016

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante
01/06/2016

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/06/2016

53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/06/2016



Um qualidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



310696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 15/12/10	4-Data de Autorização 10/08/10 15/12/10	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7544227	7-Data Validade da Sinistro 03/10/08/12/10
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550600555702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			
11-Nome JOAO CAETANO SIMOES	12-Data 29/04/1962	13-Telefone (11) 3333-1111			
14-Endereço IVONETE SOARES FERREIRA SIMOES					

15-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		16-Número do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	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 da Operadora / ONP / CPF 014851316171815211	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES Envair - RX (IF) 8540020-26	26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27-Código CBO S (IF) 85400148-26 (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
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	010854002020	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	26	1	1	29,90	0,00	0,00	0	05/11/20				
2	01085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	26	1	1	15,40	0,00	0,00	0	05/11/20				
3	01085400149	COROA TOTAL METÁLICA	26	1	1	47,20	0,00	0,00	0	06/11/20				
4	01081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0	06/11/20				
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/10/10 06/11/20	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 93,90	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					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/10 06/11/20 Dr. Carlos Roberto de Jesus CRM 35367-SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/10 06/11/20 Dr. Gregori Jose Zvinokievicz CRM 111393	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/10 06/11/20 João Caetano Simões CPF 004336178-52	53-Data, local e Carimbo de Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Grégori J. Zvinokievicz

CIRURGIÃO-DENTISTA

Clínica Geral

C.R.O. 111.393

EU, JOÃO RAETANO SIMÕES - declaro que fui
comunicado(A) pelo Dr. GREGORI JOSÉ ZVINOKIEVICZ
que a COROA A SER INSTALADA NO ELEMENTO 26.
NÃO SERÁ de MATERIAL ESTÉTICO e SIM UMA
COROA TOTAL METÁLICA e ESTOU de ACORDO COM
O PROCEDIMENTO.

ITANHAÉM 01/Junho/2020

ASSINATURA



Rua Leopoldo Diz, 509 - Praia dos Sonhos
CEP: 11.740-000 - Itanhaém-SP.
Cel Emergência: (13) 98182-8150

Telefone Consultório: (13) 3426-7046
Celular Consultório: (13) 98130-3568
E-mail: dr.grégoridentista@hotmail.com

Dr. Grégori J. Zvinokievicz

CIRURGIÃO-DENTISTA

Clínica Geral - adultos e crianças - ortodontia

C.R.O. 111.393

Declaração

O paciente João Caetano Simões
quebrou a face palatina do
dente 26, foi feita uma
restauração DOM conforme
GTO 199161, autorizo descom-
tar a restauração e solicitar
serviços protéticos, núcleo metá-
lico, coroa provisória e coroa
total metálicas.

27/04/20.

Dr. Grégori J. Zvinokievicz
Cirurgião Dentista
CRO 111.393
CPF 048.536.778-52

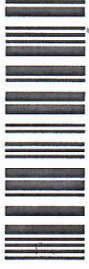
Av. Peruibe, 699 - Praia dos Sonhos
CEP: 11.740-000 - Itanhaém-SP.
Cel Emergência: (13) 98182-8150

Telefone Consultório: (13) 3426-7046
Celular Consultório: (13) 98130-3568
E-mail: dr.grégoridentista@hotmail.com



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



320931
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/15/10 16/12/10	4-Data de Autorização 10/18/10 16/12/10	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7615811	7-Data Validade da Sineta 10/31/10 19/12/10
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Piano POS REDE PRESTADORA		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 FABIO LOGAR		14-Teléfono (11) 34581414		15-Nome do titular do plano EVANI TERRA MELCHIOR LOGAR	
------------------------	--	------------------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 111393		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
---	--	----------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	--------------------------	--

17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393		24-UF SP		25-Código CNES		Enviar - RX (1) 81000421-RPIE	
--	--	----------------------------	--	-------------	--	----------------	--	----------------------------------	--

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 014185131617178512		22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 111393		28-UF SP		29-Código CBO S	
---	--	---	--	----------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia 42-Asinatural	
---	--	----------	--	---------------------------------	--	--------	--	-----------------------	--	---------------------------------	--

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 Guia 42-Asinatural
1-	0101820001859	EXODONTIA DE RAIZ	34		1	73,00	0,00	0,00		12/06/20	X
2-	0101820001859	EXODONTIA DE RAIZ	35		1	73,00	0,00	0,00		12/06/20	X
3-	0101810004211	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00	0,00		12/06/20	X
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/06/20	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 R\$	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), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autóro 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 114.393		CPF 048.536.778-52	
---------------	--	--	--	--------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/20		53-Data, local e Caiminho da Empresa	
---	--	---	--	---	--	--------------------------------------	--



2-№

Data Validade da Senha

302310
INTERCÂMBIO

9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	__/__/__	
0 0 1 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 9 6 1 0 0 1			

3-Nome	ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS											
14-Telefone	(11)	311										
15-Nome do titular do plano	ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS											
03/02/1962	3	4	2	6	1	2	3	0	7			

16-Modificando 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 Enviar - RX (I) 81000421-RIS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0141815136171781512111	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	

[illegible]

43-Data Prescrição 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\$
02/05/2008	1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortopedia 4 - Urgência/Emergência	1 - Total 2 - Parcial	87,00	0,00	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(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 contratuais de honorários, incluindo honorários de terceiros, honorários de sucumbência e honorários advocatícios, bem como honorários de custas processuais e honorários de peritos, quando necessário.

48- Observação	Dr. Gregorij J Zymokievicz		Dr. Gregorij J Zymokievicz	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	CRC 111-393	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	CRC 111-393	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
02/11/2020	CPF 042 536.778-52	02/11/2020	CPF 042 536.778-52	02/11/2020
53-Data, local e Carimbo da Empresa				



Isenquidada para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

302312
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/03/2017	4-Data de Autorização 19/03/2017	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7486381	7-Data Validade da Sineta 14/06/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202025105050600961001	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Contrato Nacional de Saúde			
13-Nome ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS					
14-Telefone (11) 3131 342612307		15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RNI N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 111393	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Enviar - RX (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 048531677852	22-Nome do Contratado Excitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ				
23-Nome do Profissional Excitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	24-UF SP				
25-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		26-Número no CRO 111393	27-UF SP	28-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código de Regulação	34-Frete	35-Qtd
1-00182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	12	1	73000	02/06/2017
2-00182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	13	1	73000	02/06/2017
3-00181000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	14000	02/06/2017
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 Prevista Término do Tratamento 02/06/2017					
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 16000					
47-Valor Total RS 00000					
48-Total Franquia / Co-participação RS 00000					
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 02/06/2017 048531677852					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/06/2017 048531677852					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/06/2017					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/06/2017					



Insuficiência para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/06/20

4-Data de Autorização
11/06/20

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7486394

7-Data Validade da Senha
14/06/20

302324
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025105506009161001

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/06/20

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
111393

24-UF
SP

25-Código CNES
025 -
Faturar Empresa

26-Código CBO S
Enviar - RX
(01) 81000421-

27-Número no CRO
111393

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Data de Realização
02/06/20

31-Motivo da Glosa 42- Assinatura

32-Data de Realização
02/06/20

33-Aut
S

34-Data de Realização
02/06/20

35-Aut
S

36-Data de Realização
02/06/20

37-Aut
S

38-Data de Realização
02/06/20

39-Aut
S

40-Data de Realização
02/06/20

41-Motivo da Glosa 42- Assinatura

43-Data de Realização
02/06/20

44-Aut
S

45-Data de Realização
02/06/20

46-Aut
S

47-Data de Realização
02/06/20

48-Aut
S

49-Data de Realização
02/06/20

50-Aut
S

51-Data de Realização
02/06/20

52-Aut
S

53-Data de Realização
02/06/20

54-Aut
S

55-Data de Realização
02/06/20

56-Aut
S

57-Data de Realização
02/06/20

58-Aut
S

59-Data de Realização
02/06/20

60-Aut
S

61-Data de Realização
02/06/20

62-Aut
S

63-Data de Realização
02/06/20

64-Aut
S

65-Data de Realização
02/06/20

66-Aut
S

67-Data de Realização
02/06/20

68-Aut
S

69-Data de Realização
02/06/20

70-Aut
S

71-Data de Realização
02/06/20

72-Aut
S

73-Data de Realização
02/06/20

74-Aut
S

75-Data de Realização
02/06/20

76-Aut
S

77-Data de Realização
02/06/20

78-Aut
S

79-Data de Realização
02/06/20

80-Aut
S

81-Data de Realização
02/06/20

82-Aut
S

83-Data de Realização
02/06/20

84-Aut
S

85-Data de Realização
02/06/20

86-Aut
S

87-Data de Realização
02/06/20

88-Aut
S

89-Data de Realização
02/06/20

90-Aut
S

91-Data de Realização
02/06/20

92-Aut
S

93-Data de Realização
02/06/20

94-Aut
S

95-Data de Realização
02/06/20

96-Aut
S

97-Data de Realização
02/06/20

98-Aut
S

99-Data de Realização
02/06/20

100-Aut
S

101-Data de Realização
02/06/20

102-Aut
S

103-Data de Realização
02/06/20

104-Aut
S

105-Data de Realização
02/06/20

106-Aut
S

107-Data de Realização
02/06/20

108-Aut
S

109-Data de Realização
02/06/20

110-Aut
S

111-Data de Realização
02/06/20

112-Aut
S

113-Data de Realização
02/06/20

114-Aut
S

115-Data de Realização
02/06/20

116-Aut
S

117-Data de Realização
02/06/20

118-Aut
S

119-Data de Realização
02/06/20

120-Aut
S

121-Data de Realização
02/06/20

122-Aut
S

123-Data de Realização
02/06/20

124-Aut
S

125-Data de Realização
02/06/20

126-Aut
S

127-Data de Realização
02/06/20

128-Aut
S

129-Data de Realização
02/06/20

130-Aut
S

131-Data de Realização
02/06/20

132-Aut
S

133-Data de Realização
02/06/20

134-Aut
S

135-Data de Realização
02/06/20

136-Aut
S

137-Data de Realização
02/06/20

138-Aut
S

139-Data de Realização
02/06/20

140-Aut
S

141-Data de Realização
02/06/20

142-Aut
S

143-Data de Realização
02/06/20

144-Aut
S

145-Data de Realização
02/06/20

146-Aut
S

147-Data de Realização
02/06/20

148-Aut
S

149-Data de Realização
02/06/20

150-Aut
S

151-Data de Realização
02/06/20

152-Aut
S

153-Data de Realização
02/06/20

154-Aut
S

155-Data de Realização
02/06/20

156-Aut
S

157-Data de Realização
02/06/20

158-Aut
S

159-Data de Realização
02/06/20

160-Aut
S

161-Data de Realização
02/06/20

162-Aut
S

163-Data de Realização
02/06/20

164-Aut
S

165-Data de Realização
02/06/20

166-Aut
S

167-Data de Realização
02/06/20

168-Aut
S

169-Data de Realização
02/06/20

170-Aut
S

171-Data de Realização
02/06/20

172-Aut
S

173-Data de Realização
02/06/20

174-Aut
S

175-Data de Realização
02/06/20

176-Aut
S

177-Data de Realização
02/06/20

178-Aut
S

179-Data de Realização
02/06/20

180-Aut
S

181-Data de Realização
02/06/20

182-Aut
S

183-Data de Realização
02/06/20

184-Aut
S

185-Data de Realização
02/06/20

186-Aut
S

187-Data de Realização
02/06/20

188-Aut
S

189-Data de Realização
02/06/20

190-Aut
S

191-Data de Realização
02/06/20

192-Aut
S

193-Data de Realização
02/06/20

194-Aut
S

195-Data de Realização
02/06/20

196-Aut
S

197-Data de Realização
02/06/20

198-Aut
S

199-Data de Realização
02/06/20

200-Aut
S

201-Data de Realização
02/06/20

202-Aut
S

203-Data de Realização
02/06/20

204-Aut
S

205-Data de Realização
02/06/20

206-Aut
S

207-Data de Realização
02/06/20

208-Aut
S

209-Data de Realização
02/06/20

210-Aut
S

211-Data de Realização
02/06/20

212-Aut
S

213-Data de Realização
02/06/20

214-Aut
S

215-Data de Realização
02/06/20

216-Aut
S

217-Data de Realização
02/06/20

218-Aut
S

219-Data de Realização
02/06/20

220-Aut
S

221-Data de Realização
02/06/20

222-Aut
S

223-Data de Realização
02/06/20

224-Aut
S

225-Data de Realização
02/06/20

226-Aut
S

227-Data de Realização
02/06/20

228-Aut
S

229-Data de Realização
02/06/20

230-Aut
S

231-Data de Realização
02/06/20

232-Aut
S

233-Data de Realização
02/06/20

234-Aut
S

235-Data de Realização
02/06/20

236-Aut
S

237-Data de Realização
02/06/20

238-Aut
S

239-Data de Realização
02/06/20

240-Aut
S

241-Data de Realização
02/06/20

242-Aut
S

243-Data de Realização
02/06/20

244-Aut
S

245-Data de Realização
02/06/20

246-Aut
S

247-Data de Realização
02/06/20

248-Aut
S

249-Data de Realização
02/06/20

250-Aut
S

251-Data de Realização
02/06/20

252-Aut
S

253-Data de Realização
02/06/20

254-Aut
S

255-Data de Realização
02/06/20

256-Aut
S

257-Data de Realização
02/06/20

258-Aut
S

259-Data de Realização
02/06/20

260-Aut
S

261-Data de Realização
02/06/20

262-Aut
S

263-Data de Realização
02/06/20

264-Aut
S

265-Data de Realização
02/06/20

266-Aut
S

267-Data de Realização
02/06/20

268-Aut
S

269-Data de Realização
02/06/20

270-Aut
S

271-Data de Realização
02/06/20

272-Aut
S

273-Data de Realização
02/06/20

274-Aut
S

275-Data de Realização
02/06/20

276-Aut
S

277-Data de Realização
02/06/20

278-Aut
S

279-Data de Realização
02/06/20

280-Aut
S

281-Data de Realização
02/06/20

282-Aut
S

283-Data de Realização
02/06/20

284-Aut
S

285-Data de Realização
02/06/20

286-Aut
S

287-Data de Realização
02/06/20

288-Aut
S

289-Data de Realização
02/06/20

290-Aut
S

291-Data de Realização
02/06/20

292-Aut
S

293-Data de Realização
02/06/20

294-Aut
S

295-Data de Realização
02/06/20</