

Consultório Odontológico

Adultos e crianças

Dra. Rosecler Ilaudecyr Riva - CROSP : 55149

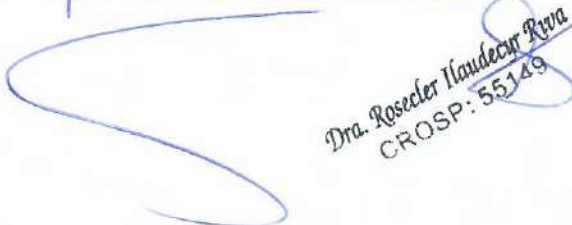
Receituário

Para: Rosanna de Jesus Pereira

Encaminhamento a paciente para o
exodontia dos terceiros molares

Dentes 18, 28 e 38

para fins odontológicos


Dra. Rosecler Ilaudecyr Riva
CROSP: 55149

Praia Grande, 24 de 07 de 2020

Av. P. Costa e Silva, 598 - Sala 102 - Boqueirão - Praia Grande - SP
(13) 3591-9683 / (11) 99900-4118



1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

323427
INTERCÁMBIO

323427 INTERCÂMBIO		6 Número da Guia Principal 7629218		5-Senha AUTORIZADO		4-Data de Autorização 11/05/2016		3-Data de Emissão da Guia 11/05/2016		2-Data de Autorização 11/05/2016		1-Data de Emissão da Guia 11/05/2016							
12-Número do Cartão Nacional de Saúde ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS												11-Data Validação da Carteira 11/11/11		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		9-Plano POS REDE PRESTADORA		8-Data de Emissão da Guia 03/02/1962	
15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS												14-Telefone (11) 313 342612307		13-Nome ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS		12-Data de Emissão da Guia 03/02/1962		11-Data Validação da Carteira 11/11/11	
16-Valor Total R\$												15-Valor Total R\$		14-Valor Total R\$		13-Valor Total R\$		12-Valor Total R\$	
17-Valor Total R\$												16-Valor Total R\$		15-Valor Total R\$		14-Valor Total R\$		13-Valor Total R\$	
18-Valor Total R\$												17-Valor Total R\$		16-Valor Total R\$		15-Valor Total R\$		14-Valor Total R\$	
19-Valor Total R\$												18-Valor Total R\$		17-Valor Total R\$		16-Valor Total R\$		15-Valor Total R\$	
20-Valor Total R\$												19-Valor Total R\$		18-Valor Total R\$		17-Valor Total R\$		16-Valor Total R\$	
21-Valor Total R\$												20-Valor Total R\$		19-Valor Total R\$		18-Valor Total R\$		17-Valor Total R\$	
22-Valor Total R\$												21-Valor Total R\$		20-Valor Total R\$		19-Valor Total R\$		18-Valor Total R\$	
23-Valor Total R\$												22-Valor Total R\$		21-Valor Total R\$		20-Valor Total R\$		19-Valor Total R\$	
24-Valor Total R\$												23-Valor Total R\$		22-Valor Total R\$		21-Valor Total R\$		20-Valor Total R\$	
25-Valor Total R\$												24-Valor Total R\$		23-Valor Total R\$		22-Valor Total R\$		21-Valor Total R\$	
26-Valor Total R\$												25-Valor Total R\$		24-Valor Total R\$		23-Valor Total R\$		22-Valor Total R\$	
27-Valor Total R\$												26-Valor Total R\$		25-Valor Total R\$		24-Valor Total R\$		23-Valor Total R\$	
28-Valor Total R\$												27-Valor Total R\$		26-Valor Total R\$		25-Valor Total R\$		24-Valor Total R\$	
29-Valor Total R\$												28-Valor Total R\$		27-Valor Total R\$		26-Valor Total R\$		25-Valor Total R\$	
30-Valor Total R\$												29-Valor Total R\$		28-Valor Total R\$		27-Valor Total R\$		26-Valor Total R\$	
31-Valor Total R\$												30-Valor Total R\$		29-Valor Total R\$		28-Valor Total R\$		27-Valor Total R\$	
32-Valor Total R\$												31-Valor Total R\$		30-Valor Total R\$		29-Valor Total R\$		28-Valor Total R\$	
33-Valor Total R\$												32-Valor Total R\$		31-Valor Total R\$		30-Valor Total R\$		29-Valor Total R\$	
34-Valor Total R\$												33-Valor Total R\$		32-Valor Total R\$		31-Valor Total R\$		30-Valor Total R\$	
35-Valor Total R\$												34-Valor Total R\$		33-Valor Total R\$		32-Valor Total R\$		31-Valor Total R\$	
36-Valor Total R\$												35-Valor Total R\$		34-Valor Total R\$		33-Valor Total R\$		32-Valor Total R\$	
37-Valor Total R\$												36-Valor Total R\$		35-Valor Total R\$		34-Valor Total R\$		33-Valor Total R\$	
38-Valor Total R\$												37-Valor Total R\$		36-Valor Total R\$		35-Valor Total R\$		34-Valor Total R\$	
39-Valor Total R\$												38-Valor Total R\$		37-Valor Total R\$		36-Valor Total R\$		35-Valor Total R\$	
40-Valor Total R\$												39-Valor Total R\$		38-Valor Total R\$		37-Valor Total R\$		36-Valor Total R\$	
41-Valor Total R\$												40-Valor Total R\$		39-Valor Total R\$		38-Valor Total R\$		37-Valor Total R\$	
42-Valor Total R\$												41-Valor Total R\$		40-Valor Total R\$		39-Valor Total R\$		38-Valor Total R\$	
43-Valor Total R\$												42-Valor Total R\$		41-Valor Total R\$		40-Valor Total R\$		39-Valor Total R\$	
44-Valor Total R\$												43-Valor Total R\$		42-Valor Total R\$		41-Valor Total R\$		40-Valor Total R\$	
45-Valor Total R\$												44-Valor Total R\$		43-Valor Total R\$		42-Valor Total R\$		41-Valor Total R\$	
46-Valor Total R\$												45-Valor Total R\$		44-Valor Total R\$		43-Valor Total R\$		42-Valor Total R\$	
47-Valor Total R\$												46-Valor Total R\$		45-Valor Total R\$		44-Valor Total R\$		43-Valor Total R\$	
48-Valor Total R\$												47-Valor Total R\$		46-Valor Total R\$		45-Valor Total R\$		44-Valor Total R\$	
49-Valor Total R\$												48-Valor Total R\$		47-Valor Total R\$		46-Valor Total R\$		45-Valor Total R\$	
50-Valor Total R\$												49-Valor Total R\$		48-Valor Total R\$		47-Valor Total R\$		46-Valor Total R\$	
51-Valor Total R\$												50-Valor Total R\$		49-Valor Total R\$		48-Valor Total R\$		47-Valor Total R\$	
52-Valor Total R\$												51-Valor Total R\$		50-Valor Total R\$		49-Valor Total R\$		48-Valor Total R\$	
53-Valor Total R\$												52-Valor Total R\$		51-Valor Total R\$		50-Valor Total R\$		49-Valor Total R\$	
54-Valor Total R\$												53-Valor Total R\$		52-Valor Total R\$		51-Valor Total R\$		50-Valor Total R\$	
55-Valor Total R\$												54-Valor Total R\$		53-Valor Total R\$		52-Valor Total R\$		51-Valor Total R\$	
56-Valor Total R\$												55-Valor Total R\$		54-Valor Total R\$		53-Valor Total R\$		52-Valor Total R\$	
57-Valor Total R\$												56-Valor Total R\$		55-Valor Total R\$		54-Valor Total R\$		53-Valor Total R\$	
58-Valor Total R\$												57-Valor Total R\$		56-Valor Total R\$		55-Valor Total R\$		54-Valor Total R\$	
59-Valor Total R\$												58-Valor Total R\$		57-Valor Total R\$		56-Valor Total R\$		55-Valor Total R\$	
60-Valor Total R\$												59-Valor Total R\$		58-Valor Total R\$		57-Valor Total R\$		56-Valor Total R\$	
61-Valor Total R\$												60-							

333256
INTERCÂMBIO17 Data Validade do Samba
3 0 1 0 9 1 2 016 Número da Guia Principal
767871515-Samba
AUTORIZADO14 Data de Autorização
0 3 1 0 7 1 2 013 Data de Entrega da Guia
0 2 1 0 1 7 1 2 012 Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 8 1 3 2 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA	20-08/1967	14-Telefone (1 1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1	15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 111393	19-LUF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000421-RPIE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 4 8 5 3 6 7 7 8 5 2	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-LUF SP	
25-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 111393	28-LUF SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia 42-Assinatura
1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	11/07/20	Paula
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	11/07/20	Paula
3-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1	1 4 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	11/07/20	Paula
4-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
5-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
6-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
8-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 1 3 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
--	--	---	---	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/20 00:00:00 000.778-52	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/20 00:00:00 000.778-52	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/20 00:00:00 000.778-52	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/07/20 00:00:00 000.778-52
---	---	---	---



333273
INTERCAMBIO

1- Número ANS 406414 2- Data de Emissão da Guia 02/10/2017 3- Data de Ativação 03/10/2017 4- Data de Autorização 03/10/2017 5- Número da Guia 7678751 6- Data de Validade da Guia 03/10/2019 7- Data de Validade da Guia 03/10/2019

10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 13- Nome ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA 14- Telefone 15- Nome do titular do plano ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA 16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ 18- Número no CRQ 111393 19- UF SP 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / CNPJ / CFE 048513677852 22- Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ 23- Número no CRQ 111393 24- UF SP 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ 27- Número no CRQ 111393 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 Guia 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 Guia	42- Assinatura
1- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MOV	1	1	2 2 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	17/01/20	anel	anel
2- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 1 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	1 4 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	17/01/20	anel	anel
3- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
4- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
5- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
6- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
7- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
8- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
9- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
10- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
11- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
12- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
13- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
14- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												
15- 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												

43- Data Previsto Término do Tratamento 17/10/20 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 1 3 6 0 0 47- Valor Total R\$ 0 0 0 0 48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0

49- Observação Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2017 CPF 040.536.778-52 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2017 CPF 040.536.778-52 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 17/10/2017 53- Data, local e Carimbo da Empresa

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

333249
INTERCÂMBIO[illegible]

16-Academismo a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		025 -	
N		GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		111393		SP				Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CINES		Enviar - RX	
048536177852111		GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		111393		SP				(I) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S				(I) 81000421-RPSE	
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		111393		SP							

[illegible]

43 Data Previsto Término do Tratamento 22/10/2014	44 Tipo de Atendimento	45 Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcel	46 Total Quantidade US 13600	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 da intervenção, 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), foi(ram) realizado(s) 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. Gregor J. Zymolowicz	CGC 411 393	Dr. Gregor J. Zymolowicz	CGC 411 393
50 Data, local e Assinatura do Grupo-Donatário	36.7.78-32		52 Data, local e Assinatura do Beneficiário	36.7.78-32
53 Data, local e Carimbo da Empresa				

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-№

339854
INTERCAMBIO

2. Nº

1-Registro ANS
408414

3-Data de Emissão da Guia
15/01/20

4-Data de Autorização
15/01/20

5-Serinha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
339854

7-Data Validade da Servia
13/10/20

339854
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira
010202529786000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/20

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ROSANA DE JESUS PEREIRA

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
ROSANA DE JESUS PEREIRA

16-Atendimento a RN
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

17-Nome do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
041815361778512

22-Nome do Contratado Excedente
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
111393

24-UF
SP

25-Código CNIES

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
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Régulo
1

34-Face
1

35-Quantidade US
3400

36-Valor
0,00

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
N

40-Data de Realização
15/01/20

41-Motivo de Glava 42-Asistencia

43-Data Prescrita / Tempo de Tratamento
15/01/20

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

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

47-Valor Total R\$
34,00

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

49-Observação
Dr Gregori J Zvinokievicz
CRO 111393

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
15/01/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/01/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/01/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/01/20

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.
Dr Gregori J Zvinokievicz
CRO 111393

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores



na liquidação para não sobre

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



343311

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/02/07 11:20	4-Data de Autorização 13/02/07 11:20	5-Sinaba AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7723630	7-Data Validação da Sinaba 12/01/10 12:00
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202530884000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIO MARCOS PEREIRA DE MENDONÇA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano KELLY CRISTINA RODRIGUES					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 111393	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 004853677852		23-Número no CRO 111393	24-UF SP
22-Nome do Contratado Exequente GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		25-Código ONES	26-UF SP
26-Nome do Profissional Exequente GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 111393	28-UF SP

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		31/03/20	com
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		31/03/20	com
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		31/03/20	com
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		31/03/20	com
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 31/03/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Dr. Gregori José Zvinokievicz CRO 111393	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/20	53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
--	---	---	---	--



to tell.

da Senha
1 | 0 | 2 | 0 |

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

5-Nome do titular do plano

20-Código CBO S 025 -

25-Código CNES29-Código CBO S38 Franquia/Co-participação R\$

N | 210720

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ 14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐ 18. ☐ 19. ☐ 20. ☐ 21. ☐ 22. ☐ 23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐ 27. ☐ 28. ☐ 29. ☐ 30. ☐ 31. ☐ 32. ☐ 33. ☐ 34. ☐ 35. ☐ 36. ☐ 37. ☐ 38. ☐ 39. ☐ 40. ☐ 41. ☐ 42. ☐ 43. ☐ 44. ☐ 45. ☐ 46. ☐ 47. ☐ 48. ☐ 49. ☐ 50. ☐ 51. ☐ 52. ☐ 53. ☐ 54. ☐ 55. ☐ 56. ☐ 57. ☐ 58. ☐ 59. ☐ 60. ☐ 61. ☐ 62. ☐ 63. ☐ 64. ☐ 65. ☐ 66. ☐ 67. ☐ 68. ☐ 69. ☐ 70. ☐ 71. ☐ 72. ☐ 73. ☐ 74. ☐ 75. ☐ 76. ☐ 77. ☐ 78. ☐ 79. ☐ 80. ☐ 81. ☐ 82. ☐ 83. ☐ 84. ☐ 85. ☐ 86. ☐ 87. ☐ 88. ☐ 89. ☐ 90. ☐ 91. ☐ 92. ☐ 93. ☐ 94. ☐ 95. ☐ 96. ☐ 97. ☐ 98. ☐ 99. ☐ 100. ☐

—

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

48-Total P

ações do profissional assistente e a

o profissional contratado que ass

o de Empresa



Marquinhos para vida sempre

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



330444
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2010	4-Data de Autorização 12/06/2010	5-Serinha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 330444	7-Data Validade da Guia 12/06/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101020202510550601813203	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 MANUELLA ADRIAO FONSECA					
14-Telefone () 342715659					
15-Nome do Bulvar do plano ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA					
16-Endereço 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 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10481513617852					
22-Nome do Contratado Exatante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ					
23-Número no CRO 111393					
24-UF SP					
25-Código CNEIS					
26-Nome do Profissional Exatante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ					
27-Número no CRO 111393					
28-UF SP					
29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola 1-0018110000301	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	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
1-0018110000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1	34,00	0,00	0,00		26/06/2010	x Manue
2-0018110000301											
3-0018110000301											
4-0018110000301											
5-0018110000301											
6-0018110000301											
7-0018110000301											
8-0018110000301											
9-0018110000301											
10-0018110000301											
11-0018110000301											
12-0018110000301											
13-0018110000301											
14-0018110000301											
15-0018110000301											

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 26/06/2010	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
49-Observação Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 411.693					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/06/2010 Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 411.693					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/06/2010 Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 411.693					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/06/2010 Manue					
53-Data, local e Contribuição da Empresa 11/11/11					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª F



320199
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 16:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7611702	7-Data Validade da Senha 01/10/19 12:01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 000202510550601468902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LINDALVA DA SILVA MACEDO				
14-Telefone () 35061398				
15-Nome do titular do plano REGINALDO ALVES MACEDO				

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-UF SP	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04853677852				
22-Nome do Contratado Excusante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ				
23-Número no CRO 11393				
24-UF SP				
25-Código CNES				
26-UF SP				
27-Número no CRO 11393				
28-UF SP				
29-Código CBO S				

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0	10/03/10	X	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	10/03/10	X	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	10/03/10	X	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0	10/03/10	X	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 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 10/03/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



Seu equilíbrio para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/07/2017	4-Data de Autorização 17/07/2017	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 341113	7-Data Validade da Senha 15/10/2017	341113 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0002025308884000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 17/07/2017	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome KELLY CRISTINA RODRIGUES						
14-Telefone () / /						
15-Nome do titular do plano KELLY CRISTINA RODRIGUES						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Mendicância a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 111393	19-UF SP	20-Código GBO S 025 -		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04853677852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 111393	28-UF SP	29-Código CEO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Cuantidade US
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3	4	00
2-00000000000						
3-00000000000						
4-00000000000						
5-00000000000						
6-00000000000						
7-00000000000						
8-00000000000						
9-00000000000						
10-00000000000						
11-00000000000						
12-00000000000						
13-00000000000						
14-00000000000						
15-00000000000						
43-Data Previsto Término do Tratamento 17/07/2017						
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Taxa Quantitativa US 3400						
47-Valor Total R\$ 0,00						
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/07/2017, 36677852						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 17/07/2017, 36677852						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/07/2017, 36677852						
53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/07/2017						

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



341126
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2017	4-Data de Autorização 17/10/2017	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 341126	7-Data Validade da Senha 15/11/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202025308818400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 17/11/17	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIO MARCOS PEREIRA DE MENDONCA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano KELLY CRISTINA RODRIGUES					
16-Endereço a RN GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ					
17-Data de Nascimento 16/06/1969					
18-Número no CRO 111393					
19-UF SP					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04853677852					
22-Nome do Contratado Excutante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ					
23-Número no CRO 111393					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-Código CBO S					
27-Número no CRO 111393					
28-UF SP					

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 Glória 42-Assinatura
1-10	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00		17/10/2017	19/10/2017
2-1											
3-1											
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 Previsão Término do Tratamento 17/10/2017	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (Assinatura 36/10/17)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (Assinatura 36/10/17)	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (Assinatura 17/10/2017)	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393	Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393	Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393	



2-Nº

342509
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/11/07 17:20:01	3-Data de Autorização 12/21/07 17:20:01	4-Data de Autorização 12/21/07 17:20:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7719766	7-Data Validade da Senha 19/11/07 20:01
--------------------------	--	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
N	17- Nome de Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 111393	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21- Código na Omapadora / CNPJ / CPF 0 4 8 1 5 3 6 1 7 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	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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- Observações	Dr. Gregori J Zvinokievicz	CRC 111 393	118-52	51- Data, local e Assinatura do Cingulato-Donatário / Responsável	12/10/11/20
50- Data, local e Assinatura do Cingulato-Donatário / Responsável	Dr. Gregori J Zvinokievicz	CRC 111 393	118-52	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/10/11/20
53- Data, local e Cingulato da Empresa					11/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



340116
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/10 7/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7709105	7-Data Validade da Sentença 11/04/11 10/12/01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0002025105506017506011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
13-Nome MARISA DE ARAUJO ROCHA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MARISA DE ARAUJO ROCHA		
Dados do Profissional Solicitante				
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
Dados do Profissional Executante				
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 (IF) 82000212-45 (I) 81000421-RPID
Dados do Profissional Executante				
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 111393	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face
1-00182000212		AUMENTO DE COROA CLÍNICA	45	1
2-001811000421		RX PERIAPICAL		1
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 Prevista Término do Tratamento 20/07/20				
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 1195,00				
47-Valor Total R\$ 1195,00				
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1195,00				

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), tiveram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111.393

Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111.393

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
20/07/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/07/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/07/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/07/20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

320623
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/05/2012		5-Serha AUTORIZADO		7-Data Validade da Serha 02/10/2012	
Dados do Beneficiário							
8-Número da Carteira 00202510550601850601		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Nome ELIZA CAROLINA PEREIRA		13-Data de Nascimento 24/08/1966		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ELIZA CAROLINA PEREIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		18-Número no CRO 11393		19-UF SP	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04853677852		21-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		22-Número no CRO 11393		23-UF SP	
24-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		25-Número no CRO 11393		26-UF SP		27-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região	
1-0082000395		CIRURGIA PARA TORUS		S3		34-Face	
2-1						35-Qtd	
3-1						36-Quantidade US	
4-1						37-Valor	
5-1						38-Franchisa/Co-participação R\$	
6-1						39-Aut	
7-1						40-Data de Realização	
8-1						41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura	
9-1						S 02/10/2012	
10-1							
11-1							
12-1							
13-1							
14-1							
15-1							
43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/2012		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela		46-Total Quantidade US 1217,00	
47-Valor Total R\$		48-Total Franchisa / Co-participação R\$		49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/2012	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Assinatura da Empresa		54-Data, local e Assinatura da Empresa	

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

332205
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2017	4-Data de Autorização 01/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7674448	7-Data Validade da Senha 29/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601813203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 01/10/17	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MANUELLA ADRIAO FONSECA					
14-Telefone () 342756519					
15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA					
16-Atendimento a RV					
17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ					
21-Código na Operadora / CNPJ / CFE 04853677852					
22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ					
23-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ					
24-UF SP					
25-Código CBO 3 11393					
26-Código CBO S 11393					
27-UF SP					
28-Código CBO 3 11393					
29-UF SP					
30-UF SP					
31-Código do Procedimento					
32-Descrição					
33-Quantidade US					
34-Valor					
35-Franchising/Co-participação R\$					
36-Data de Realização					
37-Motivo de Glosa					
38-Data de Realização					
39-Data de Realização					
40-Data de Realização					
41-Motivo de Glosa					
42-Data de Realização					
43-Data de Realização					
44-Data de Realização					
45-Data de Realização					
46-Data de Realização					
47-Data de Realização					
48-Data de Realização					
49-Data de Realização					
50-Data de Realização					
51-Data de Realização					
52-Data de Realização					
53-Data de Realização					
54-Data de Realização					
55-Data de Realização					
56-Data de Realização					
57-Data de Realização					
58-Data de Realização					
59-Data de Realização					
60-Data de Realização					
61-Data de Realização					
62-Data de Realização					
63-Data de Realização					
64-Data de Realização					
65-Data de Realização					
66-Data de Realização					
67-Data de Realização					
68-Data de Realização					
69-Data de Realização					
70-Data de Realização					
71-Data de Realização					
72-Data de Realização					
73-Data de Realização					
74-Data de Realização					
75-Data de Realização					
76-Data de Realização					
77-Data de Realização					
78-Data de Realização					
79-Data de Realização					
80-Data de Realização					
81-Data de Realização					
82-Data de Realização					
83-Data de Realização					
84-Data de Realização					
85-Data de Realização					
86-Data de Realização					
87-Data de Realização					
88-Data de Realização					
89-Data de Realização					
90-Data de Realização					
91-Data de Realização					
92-Data de Realização					
93-Data de Realização					
94-Data de Realização					
95-Data de Realização					
96-Data de Realização					
97-Data de Realização					
98-Data de Realização					
99-Data de Realização					
100-Data de Realização					

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
Enviar rx inicial e final na produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
01/10/2017
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/10/2017
MANUELLA

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/10/2017
MANUELLA

53-Data, local e Cartão de Empresa
01/10/2017

321382
INTERCÂMBIO[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



320232
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012 4-Data de Autorização 05/07/2012 5-Sinthe AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7612001 7-Data Validade da Sinthe 01/10/2012 12-Número de Certão Nacional de Saúde

10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS FREITAS MARTINS 13-Nome DILZA MUNIZ PAZINI MARTINS 14-Telefone 05/07/1973 15-UF SP 16-UF SP 17-UF SP 18-UF SP 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (R) 85200166-15 (I) 81000421-

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 CNAES 26-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ 27-Número no CRO 11393 28-UF SP 29-Código CBO S 30-UF SP 31-UF SP 32-UF SP 33-UF SP 34-UF SP 35-UF SP 36-UF SP 37-UF SP 38-UF SP 39-UF SP 40-UF SP 41-UF SP 42-UF SP 43-UF SP 44-UF SP 45-UF SP 46-UF SP 47-UF SP 48-UF SP 49-UF SP 50-UF SP 51-UF SP 52-UF SP 53-UF SP 54-UF SP 55-UF SP 56-UF SP 57-UF SP 58-UF SP 59-UF SP 60-UF SP 61-UF SP 62-UF SP 63-UF SP 64-UF SP 65-UF SP 66-UF SP 67-UF SP 68-UF SP 69-UF SP 70-UF SP 71-UF SP 72-UF SP 73-UF SP 74-UF SP 75-UF SP 76-UF SP 77-UF SP 78-UF SP 79-UF SP 80-UF SP 81-UF SP 82-UF SP 83-UF SP 84-UF SP 85-UF SP 86-UF SP 87-UF SP 88-UF SP 89-UF SP 90-UF SP 91-UF SP 92-UF SP 93-UF SP 94-UF SP 95-UF SP 96-UF SP 97-UF SP 98-UF SP 99-UF SP 00-UF SP

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fuso	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Gloriosa 42-Assinatura
1	0085200166-15	TRATAMENTO ENDODONTICO	15	1	1	258,00	0,00	0,00	0,00	07/12/2012	idufi
2	0085200166-15	RX PERIAPICAL	15	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	07/12/2012	idufi
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/07/2012 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-Total Quantidade US 272,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação 50-Dado, local e Assinatura do Profissional Solicitante 51-Dado, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 52-Dado, local e Assinatura do Operador 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 previstos em contrato. 53-Dado, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



333667
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
01/11/2012

6-Número da Guia Principal
7680564

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/3/10 7/12/01

3-Data de Emissão da Guia
10/3/10 7/12/01

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

15-Nome do titular do plano
ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

14-Telefone

20/08/1967

13-Nome
ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
010120251050601813201

16-Atendimento a RN
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

17-Nome do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10148513677852

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

25-Nome do Profissional Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

24-UF
SP

25-Código CNES

26-UF
SP

27-Código CBO S

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-001853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	31/07/20	anac	
2-001853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	31/07/20	anac	
3-001853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	31/07/20	anac	
4-001853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	31/07/20	anac	
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento
31/07/20

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
1144,00

47-Valor Total R\$
0,00

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a fornecer todos os dados necessários para a emissão de guias de encaminhamento.

49-Observação
Dr. Gregori Jose Zvinokievicz
CRC 111 393

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
31/07/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/07/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/07/20

53-Data, local e Contato da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



333640
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/07 10:20	4-Data de Autorização 10/03/07 10:20	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7680517	7-Data Validade da Semeta 10/11/07 10:20
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10020125105501601813201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/07	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ANA CLAUDIA ADRIANO FONSECA	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA ADRIANO FONSECA
--	------------------------------	--

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 04853677852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CMES Enviar - RX (I) 85100200
--	---	----------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 111393	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 81000421-RPID
---	----------------------------	-------------	--------------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

2-	0	0	1	8	1	0	0	0	4	2	1	RX PERIAPICAL	RPID	1	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	0	0	0</
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----

43-Data Prevista Término do Tratamento 31/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirúrgico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento US 1102100	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 pagar, por os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 14.393
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 31/07/20	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 31/07/20
---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



333660
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 00/03/10 17:12:01		5-Sintha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7680554		7-Data Validade da Sintha 01/11/10 12:01	
Dados do Beneficiário		8-Número do Cartão 0012012510550601813201		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Nome ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA		13-Data 20/08/1967		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RU GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		18-Número no CRO 11393		19-UF SP	
20-Código no Operacional / CNEJ / CPE 014851316771852		21-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		22-Número no CRO 11393		23-UF SP		24-UF SP	
25-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		26-Número no CRO 11393		27-UF SP		28-Código CBO S 025 -		29-Código CBO S 025 -	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabula		31-Código do Procedimento		32-Duração		33-Dentista/Região	
1-001851100218		RESTAURAÇÃO RESINA		46		MOD		34-Face	
2-001851100218		RESTAURAÇÃO RESINA		47		OV		35-Qtd	
3-00181000421		RX PERIAPICAL		RMID		1		36-Quantidade US	
4- / /		/ /		/ /		/ /		37-Valor	
5- / /		/ /		/ /		/ /		38-Franquia/Co-participação R\$	
6- / /		/ /		/ /		/ /		39-Aut	
7- / /		/ /		/ /		/ /		40-Data de Realização	
8- / /		/ /		/ /		/ /		41-Motivo da Guisa 42-Assinatura	
9- / /		/ /		/ /		/ /		/ /	
10- / /		/ /		/ /		/ /		/ /	
11- / /		/ /		/ /		/ /		/ /	
12- / /		/ /		/ /		/ /		/ /	
13- / /		/ /		/ /		/ /		/ /	
14- / /		/ /		/ /		/ /		/ /	
15- / /		/ /		/ /		/ /		/ /	
43-Data Realizada / Intercâmbio de Tratamento 29/07/20		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-Totiz Quantidade US 22400		47-Valor Total R\$	
48-Totiz Franquia / Co-participação R\$		49-Totiz Franquia / Co-participação R\$		49-Totiz Franquia / Co-participação R\$		49-Totiz Franquia / Co-participação R\$		49-Totiz 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, é (são) realizado(s) por mim assinado(s), fui/oram 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 Jose Zvinokievicz CRC 411 393 GFF 040 536 778-52		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/20 Dr. Gregori Jose Zvinokievicz CRC 411 393 GFF 040 536 778-52		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20 Ana Cl.		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20 Ana Cl.		53-Data, local e Caimbo da Empresa / /	
---	--	---	--	--	--	--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



333245
INTERCÂMBIO

7-Dia Validade da Sanha
3 0 1 0 9 1 2 0 1

6-Número da Guia Principal
7678610

5-Scinha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10 3 1 0 1 7 1 2 0 1

3-Data de Emissão da Guia
10 2 1 0 1 7 1 2 0 1

1-Registro ANS
408414

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
014851316778521111

26-Nome do Profissional Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

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-Código CBO S

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Aut

39-Data de Realização

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Registro Tratamento
27/07/20

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Tota Quantidade US
6 1 1 0 0 1

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
27/07/20

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
27/07/20

52-Data local e Assinatura do Bancário / Responsável
27/07/20

53-Data local e Assinatura da Empresa

18-Número no CRO
111393

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CNES

26-UF

27-Número no CRO

28-UF

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Aut

39-Data de Realização

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Registro Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tota 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 Bancário / Responsável

53-Data local e Assinatura da Empresa

18-Número no CRO

19-UF

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CNES

26-UF

27-Número no CRO

28-UF

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Aut

39-Data de Realização

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Registro Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tota 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 Bancário / Responsável

53-Data local e Assinatura da Empresa

18-Número no CRO

19-UF

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CNES

26-UF

27-Número no CRO

28-UF

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Aut

39-Data de Realização

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Registro Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tota 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 Bancário / Responsável

53-Data local e Assinatura da Empresa

18-Número no CRO

19-UF

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CNES

26-UF

27-Número no CRO

28-UF

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Aut

39-Data de Realização

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Registro Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tota 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 Bancário / Responsável

53-Data local e Assinatura da Empresa

18-Número no CRO

19-UF

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CNES

26-UF

27-Número no CRO

28-UF

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Aut

39-Data de Realização

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Registro Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tota 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 Bancário / Responsável

53-Data local e Assinatura da Empresa

18-Número no CRO

19-UF

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CNES

26-UF

27-Número no CRO

28-UF

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Aut

39-Data de Realização

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Registro Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tota 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 Bancário / Responsável

53-Data local e Assinatura da Empresa

18-Número no CRO

19-UF

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CNES

26-UF

27-Número no CRO

28-UF

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Aut

39-Data de Realização

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Registro Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tota 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 Bancário / Responsável

53-Data local e Assinatura da Empresa

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



333234
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/2010	4-Data de Autorização 03/07/2010	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7678556	7-Data Validade da Sineta 30/09/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202510550601813201	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 ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA	20/08/1967	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA ADRIAO FONSECA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a R/N 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 04853677852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 111393	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 81000421-RIS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taboia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olibsa 42-Assinatura
1-010851002001	RESTAURAÇÃO RESINA	11 DM	1	DM	1	88,00	0,00	0,00		15/07/2010	ANA
2-010851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	21 M	1	M	1	61,00	0,00	0,00		15/07/2010	ANA
3-0108100421	RX PERIAPICAL	RIS	1		1	14,00	0,00	0,00		15/07/2010	ANA
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 Previsão Término de Tratamento 15/07/20	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 1163,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/07/2010. CPF: 042.536.778-52	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 15/07/2010. Dr. Gregori J. Zvinokievicz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 15/07/2010. Ana Claudia	53-Data, local e Caimbio da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

320131
 INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentença
 01/10/2019

6-Número da Guia Principal
 7611399

5-Sentença
 AUTORIZADO

4-Data de Autorização
 01/10/2019

3-Data de Emissão da Guia
 03/10/2019

1-Registro ANS
 406414

11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome
 LINDALVA DA SILVA MACEDO
 14-Idade
 30/11/1964
 15-Nome do titular do plano
 REGINALDO ALVES MACEDO
 16-Endereço
 INSTITUTO DE ASSISTENCIA

17-Nome do Profissional Solicitante
 GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
 18-Endereço
 GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
 19-UF
 SP
 20-Código CBO S
 025 - Faturar Empresa
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 048153677852
 22-Nome do Contratado Executante
 GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
 23-Número no CRO
 11393
 24-UF
 SP
 25-Código CNES
 11393
 26-Nome do Profissional Executante
 GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
 27-Número no CRO
 11393
 28-UF
 SP
 29-Código CBO S
 11393

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-0018151001196		RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00				10/07/20	
2-0018151001421		RX PERIAPICAL				14,00				10/07/20	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prescrição / Término do Tratamento
 10/07/20
 44-Tipo de Atendimento
 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento
 1-1-Total 2-Parcial
 46-Valor Total R\$
 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
 Dr. Gregori J. Zvinokievicz
 CRC 111.393
 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 10/07/20
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 10/07/20
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 10/07/20
 53-Data, local e Carimbo da Empresa
 10/07/20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



320139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2016	4-Data de Autorização 04/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7611437	7-Data Validade da Senha 01/10/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020215105501601468902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 01/10/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde	13-Nome LINDALVA DA SILVA MACEDO
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Adoção em RN N	17-Nome do Profissional Solidante 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 Exercente GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 11393	24-UF SP	25-Código CHES (1) 81000421-	26-Enviar - RX	27-Enviar - RX
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1
2-00018100421		RX PERIAPICAL	RME		1
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
45-Data Prevista Término de Tratamento 10/07/20					
46-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
47-Valor Total R\$ 7510,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/07/20 CPF: 04853677852	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/20 CPF: 04853677852	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/20 CPF: 04853677852	53-Data, local e Cópia da Empresa
---------------	--	--	--	-----------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



1- Registro ANS 406414
 3- Data de Emissão da Guia 03/10/2014
 4- Data do Autorizatório 04/10/2014
 5- Senha AUTORIZADO
 6- Número da Guia Principal 7611651
 7- Data Validade da Senha 01/10/2014
 320178
 INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira 00202510550601468902
 9- Plano POS REDE PRESTADORA
 10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA
 11- Data Validade da Carteira
 12- Número do Contrato Nacional de Saúde
 13- Nome LINDALVA DA SILVA MACEDO
 14- Telefone (11) 350611398
 15- Nome do titular do plano REGINALDO ALVES MACEDO

16- Alinhamento a RN
 17- Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
 18- Código na Operadora / CNP / CPF 041853677852
 19- UF SP
 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421-RPID
 21- Nome do Contratado Excedente GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
 22- Nome do Contratado Excedente GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
 23- Número no CRO 111393
 24- UF SP
 25- Código CBO S 111393
 26- Nome do Profissional Excedente GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
 27- Número no CRO 111393
 28- UF SP
 29- Código CBO S 111393

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Freqüência	34- Fase	35- QUD	36- QUD - Valor US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data da Realização	41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
1-0	01851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00	0,00		03/10/2014	
2-0	01851020200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00	0,00		03/10/2014	
3-0	01810040421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00	0,00		03/10/2014	
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43- Data Previsto Término do Tratamento 03/10/2014
 44- Tipo de Alinhamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência
 45- Total Quantidade US 163,00
 46- Total Quantidade R\$ 0,00
 47- Valor Total R\$ 0,00
 48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e eu forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação
 Dr. Gregori J. Zvinokievicz
 CRC 411.393
 50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/2014
 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2014
 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2014
 53- Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



325520
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
1 5 / 0 9 / 1 2 0 1

6-Número da Guia Principal
7639573

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 7 / 0 6 / 1 2 0 1

3-Data de Emissão da Guia
1 7 / 0 6 / 1 2 0 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 1 0 6 0 1 4 6 8 9 0 2 1	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LINDALVA DA SILVA MACEDO	14-Telefone () 3 5 0 6 1 3 9 8	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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 4 8 5 3 6 7 7 8 5 2	22-Nome do Contratado Execuinte GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (II) 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	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francel/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clonagem 42-Ausultura
1-0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMD	1	1 2 2 1 0 0	0 0 0 0			06/07/20	
2-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL		RPSE	1	1 4 1 0 0	0 0 0 0			06/07/20	
3-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
4-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
5-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
6-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
7-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
8-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
9-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
10-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
11-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
12-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
13-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
14-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											
15-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/07/20	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-Tota Quantidade US 1 3 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Francelia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
--	--	---	--------------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e da 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 111393	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/07/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



325490
 INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
 1 5 / 0 9 / 2 0

6-Número da Guia Principal
 7639559

5-Senha
 AUTORIZADO

4-Data de Autorização
 1 7 / 0 6 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
 1 7 / 0 6 / 2 0

1-Registro ANS
 406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 4 6 8 9 0 2

9-Plano
 POS REDE PRESTADORA

10-Data de Prestação
 30/11/1964

11-Data Validade da Carteira
 1 5 / 0 9 / 2 0

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome
 LINDALVA DA SILVA MACEDO

14-Telefone
 () 3 5 0 6 1 3 9 8

15-Nome do titular do plano
 REGINALDO ALVES MACEDO

16-Endereço do Beneficiário
 025 -
 Faturar Empresa
 Enviar - RX
 (I) 85100200
 (I) 85100200
 (I) 81000421-

17-Nome do Profissional Solicitante
 GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

18-Número no CRO
 111393

19-UF
 SP

20-Código GEO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 0 4 1 8 5 3 6 1 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 CINES

26-Código CBO S

27-Nome do Profissional Executante
 GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

28-Número no CRO
 111393

29-UF
 SP

30-Código CBO S

31-Código de 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 Class 42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento
 23/06/20

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

45-Tipo de Faturamento
 1- Total 2- Parcela

46-Total Quantidade US
 1 9 0 0 0 0

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 23/06/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 23/06/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 23/06/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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, é por mim assinado(s), tolfo ram realizado(s) com meu consentimento e da 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

Dr. Gregori J. Zvinokievicz

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



335841
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2017 12:00	5-Sonho AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7691678	7-Data Validade da Sonho 06/11/2012 00
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 1010201251015101601710151012	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
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
13-Nome FABIO LOGAR	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano EVANI TERRA MELCHIOR LOGAR	16-Atendimento a RN 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 04853677852
22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 11393	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa	26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
27-Número no CRO 11393	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Código CBO S	31-Motivo da Realização 41-Motivo da Assinatura

32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Assinatura
1-010812000875 EXODONTIA SIMPLES DE	32	1	1	173,00	0,00	0,00	1	21/07/20	
2-01081000421 RX PERIAPICAL	R11	1	1	14,00	0,00	0,00	1	21/07/20	
3-010812000875 EXODONTIA SIMPLES DE	33	1	1	73,00	0,00	0,00	1	21/07/20	
4-01081000421 RX PERIAPICAL	RC1E	1	1	14,00	0,00	0,00	1	21/07/20	
5-010812000875 EXODONTIA SIMPLES DE	42	1	1	73,00	0,00	0,00	1	28/07/20	
6-010812000875 EXODONTIA SIMPLES DE	43	1	1	73,00	0,00	0,00	1	28/07/20	
7-01081000421 RX PERIAPICAL	RC1D	1	1	14,00	0,00	0,00	1	28/07/20	
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									

43-Data Previsão Término de Tratamento 28/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 334,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Dr. Gregori J. Zvinokievicz CRC 111 393	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável 28/07/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



320945
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentença
03/10/2019

6-Número da Guia Principal
7615867

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/05/2016

3-Data de Emissão da Guia
10/05/2016

2-Data de Emissão da Guia
10/05/2016

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202510550601701502

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
03/04/1953

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

13-Nome
FABIO LOGAR

14-Telefone
03/04/1953

15-Nome do titular do plano
EVANI TERRA MELCHIOR LOGAR

16-Endereço
03/04/1953

17-Nome de Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
041853677852

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

Dados do Profissional Executante

23-Nome do Profissional Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

24-UF
SP

25-Código CNES
111393

26-Código CBO S
111393

27-Enviar - RX
(1) 81000421-RPID

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 Guia 42-Assinatura
1-0101820000859	EXODONTIA DE RAIZ	45	RPID	1	1	73100	0,00	0,00	S	03/10/2019	
2-0101810000421	RX PERIAPICAL	1	RPID	1	1	1400	0,00	0,00	S	03/10/2019	
3-1											
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 Prescrição / Emissão do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
03/10/2019	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 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, a por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e na 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. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111.393

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
03/10/2019
Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111.393

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/10/2019
Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111.393

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/10/2019
Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111.393

53-Data, local e Assinatura da Empresa
03/10/2019
Dr. Gregori J. Zvinokievicz
CRC 111.393

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



318307
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/05	4-Data de Autorização 01/06/02	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal 7600943	7-Data Validade da Seria 12/10/08
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601701502	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde		13-Nome FABIO LOGAR		
14-Telefone (11) 345814140		15-Nome do titular do plano EVANI TERRA MELCHIOR LOGAR			

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 Faturar Empresa
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
1-008540408		PRÓTESE TOTAL	AS		1	1578,00		0,00	S	15/06/20	x
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prescrição/Término do Tratamento 12/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1578,00	47-Valor Total R\$ 1578,00	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, a 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 12/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



341176
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 11/07/2017		4-Data de Autorização 18/07/2017		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7713934		7-Data Validade da Senha 15/11/2017	
8-Número da Carteira 00202530884000010102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/17		12-Número do Contrato Nacional de Saúde			
13-Nome ANTONIO MARCOS PEREIRA DE MENDONÇA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do Titular do plano KELLY CRISTINA RODRIGUES		16-Número no CRO 111393		17-Número no CRO 111393		18-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 04815367785211		22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393		24-UF SP	
25-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		26-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Número no CRO 111393		28-UF SP		29-Código CBO S		(I) 85100218 (II) 81000421-RPSE	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-010185100218		RESTAURAÇÃO RESINA		24 MOD 1		122000		01010		31/07/2017	
2-010181000421		RX PERIAPICAL		RPSE		11400		01010		31/07/2017	
3-111111111111											
4-111111111111											
5-111111111111											
6-111111111111											
7-111111111111											
8-111111111111											
9-111111111111											
10-111111111111											
11-111111111111											
12-111111111111											
13-111111111111											
14-111111111111											
15-111111111111											
43-Data Previsto Término do Tratamento 31/07/2017		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		45-Exame Radiológico		46-Exame Radiológico		47-Exame Radiológico		48-Tipo de Fratura / Co-participação R\$	
31/07/2017		1		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		0100	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar todos os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação		Dr. Gregori J. Zvinokievicz		CRC 111393		Dr. Gregori J. Zvinokievicz		CRC 111393		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/07/2017	
										51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/2017	
										52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/2017	
										53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/17	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



340103
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2017 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7709050	7-Data Validade da Senha 14/11/2012 10
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0002025297816000001001	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 ROSANA DE JESUS PEREIRA				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano ROSANA DE JESUS PEREIRA				

16-Mendicância 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 004853677852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
25-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	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-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						
1-001820008715	EXODONTIA SIMPLES DE		38		1	73,00		0,00	S	31/07/20								
2-001810004211	RX PERIAPICAL		RMID		1	14,00		0,00	S	31/07/20								
3-111111111111																		
4-111111111111																		
5-111111111111																		
6-111111111111																		
7-111111111111																		
8-111111111111																		
9-111111111111																		
10-111111111111																		
11-111111111111																		
12-111111111111																		
13-111111111111																		
14-111111111111																		
15-111111111111																		

43-Data Previsto Término do Tratamento 31/07/20	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 87,00	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), 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 CPF 040.536.778-52				

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/07/20	51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 31/07/20	52-Data local e Assinatura do Beneficiário 31/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------