



648747
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/81/21	4-Data de Autorização 06/10/81/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8903718	7-Data Validade da Senha 03/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202518650700004602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA DO SOCORRO RIBEIRO CAMARGO		14-Telefone 10/05/1982	15-Nome do titular do plano ADILSON DE LIMA CAMARGO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806	22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/08/21		Maria
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/08/21		Maria
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/08/21		Maria
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/08/21		Maria
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/08/21		Maria
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	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, a assinar esse documento, no valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
12 609 080/0001-66 PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA.			

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/08/21, Maria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/08/21 Rua Thereza Maria Luizetto, Nº 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010 TIOJO DA SERRA - SP.
---	---	--	---



2

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/21	4-Data de Autorização 06/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8903722	7-Data Validade da Senha 03/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

648752
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202518650700004601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADILSON DE LIMA CAMARGO		14-Telefone 02/09/1980	15-Nome do titular do plano ADILSON DE LIMA CAMARGO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806		22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566		28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/08/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/08/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/08/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/08/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/08/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	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 de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional, o valor devido pelos serviços prestados, 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 09/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/08/21
---	---	---	---

PLATINUM ODONTOLÓGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

Rua Theresia Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
TABOÃO DA SERRA - SP.

12 609 080/0001-66



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/2011	4-Data de Autorização 09/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8910221	7-Data Validade da Senha 04/11/2011	650893 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202539830700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HAMILTON BRENNIO MARQUES OLIVEIRA		14-Telefone 02/07/2009	15-Nome do titular do plano AMANDA MARQUES OLIVEIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806		22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566		28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/08/21		Amanda
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	09/08/21		Amanda
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/08/21		Amanda
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/08/21		Amanda
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	09/08/21		Amanda
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/08/21		Amanda
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 246,00	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 no 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 assistente, 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 09/08/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/08/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/08/21 Amanda		53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/08/21	
---------------	--	---	--	---	--	--	--	---	--

12 609 080 / 0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

Theressa Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

TABOÃO DA FERRA - SP.



dk

661356
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/08/21	4-Data de Autorização 16/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8940878	7-Data Validade da Senha 14/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202539102700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FLAVIA FERNANDA PEREIRA ALMEIDA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FLAVIA FERNANDA PEREIRA ALMEIDA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806	22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566	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 de Cancelamento	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/08/21		Flavia
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/08/21		Flavia
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/08/21		Flavia
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/08/21		Flavia
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/08/21		Flavia
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	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 obrigações de pagamento estabelecidas neste documento, sob 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 16/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/08/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa Operadora 16/08/21
---------------	---	---	---	--

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

Dr. Thomas Maria Luzetto, Nº 230
Rua Santa Luzia - CEP 06754-010

TABOÃO DA SERRA - SP.



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2016	4-Data de Autorização 03/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8751048	7-Data Validade da Senha 26/10/2019	800430 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira: 00202510550601352602 9-Plano: POS REDE PRESTADORA 10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira: / / 12-Número do Cartão Nacional de Saúde:						
13-Nome JAQUELINE AMORIM LOPES BATISTA			14-Telefone (11) 4385-7501	15-Nome do titular do plano ARLEI LOPES BATISTA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100226 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806		22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN			27-Número no CRO 111566	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Aprovação
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/08/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/08/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/08/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/08/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/08/21		
6	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VODM	1	122,00	0,00		S	03/08/21		
7	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	03/08/21		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 388,00	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(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			
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/21

12-609 080/0001-66
PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.
 Rua Thereza Maria Luizetto, Nº 230
 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
 TABOÃO DA SERRA - SP



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08/12/1	4-Data de Autorização 12/31/08/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8964345	7-Data Validade da Senha 11/8/11/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600746403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HAILA EDUARDA ANDRADE LUZ		14-Telefone (11) 5825-3476	15-Nome do titular do plano KATIA CILENE ANDRADE LUZ		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806	22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/08/21		<i>Real</i>
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	61,00	0,00			23/08/21		<i>Real</i>
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00			23/08/21		<i>Real</i>
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 156,00	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 23/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/08/21
---	---	---	---

12 609 080/0001-66

**PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.**

**Martha Theresza Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010**

TABOÃO DA TERRA - SP.



OK

628224
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/07	4-Data de Autorização 16/08/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8841012	7-Data Validade da Senha 19/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202539153100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DEBORAH DE PAULA RODRIGUES		14-Telefone 19/01/1978	15-Nome do titular do plano DEBORAH DE PAULA RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRC 111566	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806	22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRC 111566	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-26
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRC 111566	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/08/12		1080
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/08/12		1080
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/08/12		1080
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/08/12		1080
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/08/12		1080
6	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00		S	16/08/12		1080
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 711,00	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 de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha responsabilidade os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA.			
---	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/08/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/08/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/08/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/08/12
---	---	---	---

RUE THORZGAARD, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

TABOÃO DA SERRA - SP.



648289
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/2011	4-Data de Autorização 05/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8902350	7-Data Validade da Senha 03/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600746401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KATIA CILENE ANDRADE LUZ		14-Telefone (11) 5825-3476	15-Nome do titular do plano KATIA CILENE ANDRADE LUZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806	22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-36 (IF) 85200158-46
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566	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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00		S	05/08/2011		RKG
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/08/2011		RKG
3-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	05/08/2011		RKG
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 1100,00	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 no 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 responsável pelo tratamento, 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 05/08/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/08/2011
---	---	---	---

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

Theressa Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

TABOÃO DA SERRA - SP.



663848
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/21	4-Data de Autorização 18/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8948142	7-Data Validade da Senha 15/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202539463800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCIA CAMARGO DOS SANTOS		14-Telefone 26/01/1997	15-Nome do titular do plano MARCIA CAMARGO DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806	22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	/ /		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	/ /		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	/ /		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	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 de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado, o valor devido pelo tratamento, sob as referências 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 18/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/08/21
---------------	---	---	---	---

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

12 609 080/0001-66
Rua Thereza Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia CEP 06754-010
TARCEN - JABOATÃO - SP.



641395
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 7 / 2 1	4-Data de Autorização 3 1 / 0 7 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8880772	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 0 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 9 1 2 9 7 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome AURICELIA VIANA DE SOUZA		14-Telefone 19/03/1979	15-Nome do titular do plano AURICELIA VIANA DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 3 5 0 4 9 5 2 8 0 6	22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-24
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0		S	3 1 / 0 7 / 2 1		A-J-F-F
2	0 0 8 5 2 0 0 1 4 0	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	3 3 0 0	0 0 0 0		S	3 1 / 0 7 / 2 1		A-J-F-F
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 3 6 7 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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

49-Observação

12 609 080/0001-66

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 3 1 / 0 7 / 2 1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 3 1 / 0 7 / 2 1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 3 1 / 0 7 / 2 1	53-Data, local e Carimbo da Empresa 3 1 / 0 7 / 2 1
--	--	--	--

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

Rua Thereza Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

TABOÃO DA FERRA - SP.



597779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2016	4-Data de Autorização 07/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8742336	7-Data Validade da Senha 23/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601788202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CESAR AUGUSTO GUIMARAES DA SILVA		14-Telefone () 4667-7695	15-Data Validade da Carteira / /		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		18-Número no CRO 111566	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806		22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		23-Número no CRO 111566	
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566		28-UF SP	
29-Código CBO S		30-UF SP		31-Código CNES	
32-Código CBO S		33-UF SP		34-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6,100	0,00	0,00	S	07/07/2017		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	6,100	0,00	0,00	S	07/07/2017		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6,100	0,00	0,00	S	07/07/2017		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6,100	0,00	0,00	S	07/07/2017		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	6,100	0,00	0,00	S	07/07/2017		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 305,00	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, os honorários e valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA TDA.				
---------------	--	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/07/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/07/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/07/2017
---	---	---	---

Rua Thereza Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

TARJÃO DE PAGA - SP.



621126
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/21	4-Data de Autorização 03/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8817545	7-Data Validade da Senha 13/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538555700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUSTAVO ALVES		14-Telefone 10/06/2002	15-Nome do titular do plano MARISA APARECIDA LIMA ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806	22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/08/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/08/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/08/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/08/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/08/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	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 de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/21
---	---	---	---

12 609 080/0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA TDA.

Rua Theresza Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

TABOÃO DA FERRA - SP.



645557
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2011	4-Data de Autorização 03/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8893428	7-Data Validade da Senha 01/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020253855570000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome MARISA APARECIDA LIMA ALVES		14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano MARISA APARECIDA LIMA ALVES		16-Data de nascimento 25/12/1963		17-Data de validade da carteira / /		18-Número do cartão de saúde / /	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF SP		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806		22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		23-Número no CRO 111566		24-UF SP		25-Código CNES					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		18-Número no CRO 111566		19-UF SP		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806		22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		23-Número no CRO 111566		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Data de validade da carteira / /		31-Data de validade da carteira / /		32-Data de validade da carteira / /		33-Data de validade da carteira / /		34-Data de validade da carteira / /		35-Data de validade da carteira / /	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OMD	1	122,00	0,00	0,00	S	03/10/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 122,00	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 03/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/2011
---	---	---	---

12 609 080 / 0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

Rua Thereza Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia CEP 06754-010

TABOÃO DA SERRA - SP.



663839
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/81/21	4-Data de Autorização 18/10/81/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8948133	7-Data Validade da Senha 15/11/12/1
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202540251100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA PAULA XAVIER SOUSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA XAVIER SOUSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806	22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/10/21		Ana Paula
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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\$ 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 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 18/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/21 Ana Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

12 609 080/0001-66
Rua Theresia Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
TABOÃO DA FERRA - SP.



663898
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/21	4-Data de Autorização 18/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8948331	7-Data Validade da Senha 15/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253946380000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PIETRO MARCHIORI DA SILVEIRA LIMA		14-Telefone 17/04/1997	15-Nome do titular do plano MARCIA CAMARGO DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	18-Número no CRO 111566	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23504952806	22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	27-Número no CRO 111566	28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabeta	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
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/08/21		<i>[assinatura]</i>
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/08/21		<i>[assinatura]</i>
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/08/21		<i>[assinatura]</i>
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/08/21		<i>[assinatura]</i>
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/08/21		<i>[assinatura]</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	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 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	12 609 080/0001-66 PLATINUM ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA TDA.				
---------------	--	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/08/21
---	---	---	---

Rua Thereza Maria Luzetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
TARCO - TERRA - SP.