



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



OK

611507
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/21	4-Data de Autorização 27/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8786507	7-Data Validade da Senha 05/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600914102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROBERTO DOS SANTOS MACHADO	14-Telefone 10/01/1975	15-Nome do titular do plano SIRLEIA MARCIA PEREIRA MACHADO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante 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 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	27-Número no CRO 111566	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DV	1	88,00	0,00	0,00	S	27/10/21		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VD	1	88,00	0,00	0,00	S	27/10/21		
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 176,00	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 27/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/21
---	---	---	---

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDAVIA SANTA RITA, Nº 230
CEP 06754-010

TABOÃO - SP



650206
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8908287	7-Data Validade da Senha 04/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202540087600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DERIVON LOMES DO NASCIMENTO		14-Telefone 01/12/1986	15-Nome do titular do plano DERIVON LOMES DO NASCIMENTO	

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 Enviar - RX (IF) 85200158-37
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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/09/21		Derivon
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/09/21		Derivon
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/09/21		Derivon
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/09/21		Derivon
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/09/21		Derivon
6-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	533,00	0,00		S	27/09/21		Derivon
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 RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
---	--	---	----------------------------------	---------------------------	--

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 27/09/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/09/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 27/09/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/09/21			
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

12609 080/0001-66

PLATINUM DENTOLOGIA
ESPECIALIZADA

Rua Therazé, 488 - Jd. Zizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

TABOJA - SP



655009
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/21	4-Data de Autorização 24/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8922543	7-Data Validade da Senha 08/11/21
8-Planos do Beneficiário 00202539677300000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ CARLOS BAPTISTA DOS SANTOS		14-Telefone 30/09/1966	15-Nome do titular do plano MARCO AURELIO TOME PORTELLA		

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	24/09/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/09/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/21		
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, 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 24/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/09/21
---------------	---	---	---	---

12609 080/0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA TGA

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

TARX 000 SP



655030
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/21	4-Data de Autorização 24/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8922553	7-Data Validade da Senha 08/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202539677300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSANA DE FATIMA ARANHA		14-Telefone 21/05/1967	15-Nome do titular do plano MARCO AURELIO TOME PORTELLA		

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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/21		ROSANA
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/21		ROSANA
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/21		ROSANA
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/21		ROSANA
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	24/09/21		ROSANA
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\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, 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 pelos procedimentos realizados, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/21 ROSANA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/09/21

PLATINUM DENTOLOGIA
ESPECIALIZADA TDA.

Therese Maria Luizetto, Nº 230
Via Santa Luzia CEP 06754-010

TARAFERRA SP.



660925
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/21	4-Data de Autorização 10/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8939794	7-Data Validade de Senha 12/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538925100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THALISON LORHAN BARBOSA PEREIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDSON LUIS CRUZ PEREIRA	

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-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	/ /		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
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 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

PLATINUM ODONTOLÓGIA
ESPECIALIZADA
Rua Theresia Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
TABOÃO DA TERRA - SP



663909
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/21	4-Data de Autorização 13/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8948341	7-Data Validade da Senha 15/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253998040000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALESSANDRA DA COSTA MELO		14-Telefone 31/03/1974	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano ALESSANDRA DA COSTA MELO					
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	13/09/21		meb
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/09/21		meb
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/09/21		meb
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/09/21		meb
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/09/21		meb
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 13/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/09/21
---------------	---	---	---	---

12 609 080 / 0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

Rua Theresinha Maria Luizetto, Nº 330
Vila Santa Luzia - CEP 06750-000

TABOÃO DA SERRA



683760
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/21	4-Data de Autorização 30/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8997646	7-Data Validade da Senha 25/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601667901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DO CARMO SOUSA PINHO		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano MARIA DO CARMO SOUSA PINHO	

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 Enviar - RX (IF) 85200140-35
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	30/08/21		<i>Mar</i>
2	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	33,00	0,00		S	30/08/21		<i>Mar</i>
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 367,00	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 30/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/08/21 <i>Mar</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/08/21 Platina Odontologia Especializada LTDA. Dra. Theresia Maria Luzetto, Nº 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010 TABOÃO DA FERRA - SP.
---	---	--	--



697116
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/21	4-Data de Autorização 09/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9036268	7-Data Validade da Senha 08/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253946380000101	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 Enviar - RX (1) 85100226
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-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MODV	1	122,00	0,00		S	15/09/21		<i>[Assinatura]</i>
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\$		

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 15/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/09/21

12 609 080 / 0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA TDA.

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

TABOÃO DA FERRA SP.



699861
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/21	4-Data de Autorização 21/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9044970	7-Data Validade da Senha 10/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601996501		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAMARA CRISTINA DE OLIVEIRA MOREIRA			14-Telefone 05/10/1987	15-Nome do titular do plano TAMARA CRISTINA DE OLIVEIRA MOREIRA	

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	
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRC 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	21/09/21		Tamara
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/09/21		Tamara
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/09/21		Tamara
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/09/21		Tamara
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/09/21		Tamara
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 21/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/21 - Tamara	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/09/21

12 609 080 / 0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

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

TABOÃO DA TERRA SP.



703073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 14/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9054783	7-Data Validade da Senha 13/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535922300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SARAH MORAIS SILVA CONCEICAO		14-Telefone 10/05/1977	15-Nome do titular do plano SARAH MORAIS SILVA CONCEICAO		

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00		S	14/10/21		<i>[Assinatura]</i>
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 61,00	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			
12609 0801/0001-66 PLATINUM DENTAL LOGIA ESPECIALIZADA TDA.			

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/21	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/21	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/21	54-Data, local e Carimbo da Empresa 14/09/21
---	---	---	---

Rua Theresia Manoel Luizeto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

TABOÃO DA FERRA - SP.



707524
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/09/21	4-Data de Autorização 20/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9070245	7-Data Validade da Senha 16/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253973830000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome JUCINEIA LOPES DOS SANTOS		14-Telefone 17/06/1987	15-Nome do titular do plano DENILDO FERREIRA DE ANDRADE		

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 Enviar - RX (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-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
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/09/21		Jucineia
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/09/21		Jucineia
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/09/21		Jucineia
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/09/21		Jucineia
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/09/21		Jucineia
6-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	20/09/21		Jucineia
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 266,00	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 20/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

12 609 080/0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA

ESPECIALIZADA TODA

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

TRABALHO NA CORONA - SP.



711338
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9082121	7-Data Validade da Senha 20/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202540251100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ANA PAULA XAVIER SOUSA		14-Telefone 07/09/1996	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 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
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	1	533,00	0,00		S	22/09/2012		
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 533,00	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 22/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/09/2012
---	---	---	---

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

TABOÃO DA FERRA - SP.



723197
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/2012	4-Data de Autorização 30/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9119316	7-Data Validade da Senha 28/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202540742200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome MURILO PEREIRA		14-Telefone 11/04/2004	15-Nome do titular do plano FABIANA PAULA PEREIRA		

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) 85200140-26
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-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	333,00	0,00		S	30/09/2012		Murilo
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/09/2012		Murilo
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 367,00	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 de saúde 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 30/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/2012 x Murilo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/09/2012

12 609 080 / 0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

Rua Theresza Manz Luizetto, Nº 231
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

FABRIL DO CERRA - SP.

36 - Data da Assinatura da Operadora
21/09/2021