



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		2		5		5	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado		8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo	
1 2 6 0 9 0 8 0 0 0 0 1 6 6		111566/SP - RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN					
10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa		12 -			
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário	
4 8 7 5 1 7		4 8 7 5 1 7		AUTORIZADO		00202534733600000101 - LUIZ CARLOS DOS SANTOS	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		19 -			
		Segue em anexo rx inicial e final para recurso de glosa.					
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		30 - Tabela		31 - Procedimento/Item Assistencial	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		32 - Descrição do Procedimento		33 - Código da Glosa	
1- 0 1 0 3 2 0 2 1		3 6		0 1		9 4	
2- 2 6 6 5 0							
3- 0 0 0							
4- 1 1 1 1 1 1							
5- 1 1 1 1 1 1							
6- 1 1 1 1 1 1							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)		34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador	
2 6 6 5 0		0 0 0		2 0 0 4 2 0 2 1		36 - Data da Assinatura da Operadora	
						37 - Assinatura da Operadora	
						12 609 080/0001-66	
						PLATINUM ODONTOLOGIA	
						ESPECIALIZADA LTDA.	
						Rua Theresza Maria Luizetto, Nº 230	
						Vila Santa Luzia - CEP 06754-010	

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



566959
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/05/2011	4-Data de Autorização 28/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8640706	7-Data Validade da Senha 25/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020253760530000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AGNELO RITA SOARES		14-Telefone 22/05/1966	15-Nome do titular do plano AGNELO RITA SOARES		

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/05/2011		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/05/2011		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			28/05/2011		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/05/2011		
5-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/05/2011		
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, e em favor do 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 28/05/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa Rua Theresza Maria Luizette, Nº 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010 TABOÃO DA SERRA - SP.
---	---	---	---

12 609 080/0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.



566969
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 0 5 / 2 1	4-Data de Autorização 2 8 / 0 5 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8640761	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 8 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 7 6 0 5 3 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANA APARECIDA MACARIO		14-Telefone 01/04/1979	15-Nome do titular do plano AGNELO RITA SOARES	

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
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 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	28 05 21		
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	28 05 21		
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	28 05 21		
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	28 05 21		
5	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	28 05 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 1 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

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



560080
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/05	4-Data de Autorização 22/11/05	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8617305	7-Data Validade da Senha 19/08/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601300201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA APARECIDA ALVES BRITO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA APARECIDA ALVES BRITO		
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			22/05/11		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			22/05/11		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			22/05/11		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			22/05/11		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			22/05/11		
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, 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 22/05/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/05/11
---	---	---	---

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

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

TABOÃO DA SERRA - SP.