

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

Razão Social: PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

CNPJ: 12609080000166 (PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 111566/SP

Cirurgião Dentista: (17997) - RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
436767 - I	GUILHERME MACEDO DA SILVA (40641400511400006404)		08/12/2020	178	0.5	R\$ 89,00
455675 - I	IOLANDA DA SILVA CABRAL (00202510550600995001)		18/01/2021	144	0.5	R\$ 72,00
458054 - I	ERIVALDO PETRO DE SANTANA (00202533984600000101)		20/01/2021	547	0.5	R\$ 273,50
458752 - I	ELENIANE SANTANA DA SILVA (00202534083400000101)		20/01/2021	178	0.5	R\$ 89,00

Totalizador

Nº de USOs: 1047
Nº de atendimentos: 4
Valor: R\$ 523,50

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1047
Nº de atendimentos: 4
Valor: R\$ 523,50

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 1047
Nº de atendimentos: 4
Valor: R\$ 523,50

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 04/03/2021 20:50

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



436767
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 0 8 0 1 2 / 2 0	4-Data de Autorização 0 9 / 1 2 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8127364	7-Data Validade da Senha 0 8 / 0 3 / 2 1						
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 7 5 0 8 0 0 0 1 3 1 0 4		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SIND DOS SERVIDORES PUB							
12-Nome GUILHERME MACEDO DA SILVA		13-Nome 24/10/1994		11-Data Validade da Carteira / / / / / /							
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Dados do Beneficiário											
14-Telefone () -											
15-Nome do Titular do plano GISELE DO ROCIO MACEDO											
16-Aleramento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		18-Número no CRO 111566		19-UF SP							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12 3 5 0 4 9 5 2 8 0 6		22-Nome do Contratado Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		23-Número no CRO 111566							
25-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566		28-UF SP							
29-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	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 9 / 1 2 2 0	09/12/20	09/12/20	Quim
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 9 / 1 2 2 0	09/12/20	09/12/20	Quim
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 9 / 1 2 2 0	09/12/20	09/12/20	Quim
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 9 / 1 2 2 0	09/12/20	09/12/20	Quim
5	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA		1	1	3 4 0 0	0 0 0 0	0 9 / 1 2 2 0	09/12/20	09/12/20	Quim
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento 0 0 0 0 / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 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 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir com todos os compromissos impostos ao profissional assistente a exercer com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (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, o valor da execução do tratamento, conforme consta no documento assinado. Os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
12/09/2009/000166											
49-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/12/2010						51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/2010					
52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/2010						53-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 09/12/2010					
54-Dados do Beneficiário / Responsável Rua Thereza Maria Lulzetta, Nº 230 Via Santa Luzia - CEP 06754-010						55-Dados do Cirurgião-Dentista Responsável TABOÃO DA SERRA - SP.					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

455675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/8/10/11/2/1	4-Data de Autorização 11/9/10/11/2/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8203884	7-Data Validação da Senha 11/8/10/4/12/1							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00201251055060099150011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome IOLANDA DA SILVA CABRAL	14-Telefone (11) 4138-4101	15-Nome do titular do plano IOLANDA DA SILVA CABRAL										
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-A鬥imento 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-Tablet	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
1-008530047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASD	1	3	6	0,00	0,00	11/19/01/21				<i>Richard Darwin Casapia Guillen</i>
2-008530047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASE	1	3	6	0,00	0,00	11/19/01/21				<i>Richard Darwin Casapia Guillen</i>
3-008530047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAID	1	3	6	0,00	0,00	11/19/01/21				<i>Richard Darwin Casapia Guillen</i>
4-008530047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAIE	1	3	6	0,00	0,00	11/19/01/21				<i>Richard Darwin Casapia Guillen</i>
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/19/01/21	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 14400	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, aceio e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações da profissional assistente e seguir os procedimentos 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 responsável pelo desempenho desse procedimento, os custos referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/19/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/19/01/21 <i>Richard Darwin Casapia Guillen</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/19/01/21 <i>Iolanda da Silva Cabral</i>	53-Data, local e Câmbio da Empresa 11/19/01/21 <i>Thereza Maria Luizetto</i> , N° 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010									
PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA.												
TABOÃO DA SERRA - SP.												



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



458054
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/01/12/11	4-Data de Autorização 30/01/01/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8212276	7-Data Validade da Senha 20/01/04/12/11	458054 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 01202153398460000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome	14-Telefone	15-Nome do filiador do plano				

13-Nome

ERIVALDO PETRO DE SANTANA		18/02/1985	()	ERIVALDO PETRO DE SANTANA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aprendizado a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 -
N	RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	111566	SP		Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	Enviar - RX
12 3 5 0 4 9 5 2 8 0 6	RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	111566	SP		(IF) 85200158-16
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S		(I) 81000421-
RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN	111566	SP			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Declaro, que adepto sou 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 da profissional assistente e a observar os critérios previstos em meu atendimento.

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrev(s) acima, e por mim, custado(s), folharam realização(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, honorários/consultas/consultas de clínica, os valores

referentes ad

49-Observação	PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA.		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/01/2011 <i>W. M.</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/01/2011 <i>W. M.</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/01/2011 <i>Ervaldo</i>	53-Data, local e Cidade da Empresa Rua Theresa Maria Luizatto, No 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010 TABOÃO DA SERRA - SP



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

458752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/01/01/01/211	4-Data de Autorização 12/11/01/01/211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8215836	7-Data Validade da Senha 12/01/01/01/211
8-Número da Carteira 0102012534083400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome ELENIANE SANTANA DA SILVA		14-Telefone 07/07/1986 (11) 1111-1111		15-Data de Validade da Carteira 1111/11/11	
16-Dados do Beneficiário		17-Nome do Titular do Plano ELENIANE SANTANA DA SILVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

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 123504952806	22-Nome do Consultado 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
1-0101815300001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	(HASD)	11		1	36,00	0,00	0,00		01/01/21	<i>x Eleniane</i>
2-0101815300001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	(HASE)	11		1	36,00	0,00	0,00		01/01/21	<i>x Eleniane</i>
3-0101815300001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	(HAID)	11		1	36,00	0,00	0,00		01/01/21	<i>x Eleniane</i>
4-0101815300001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	(HAIE)	11		1	36,00	0,00	0,00		01/01/21	<i>x Eleniane</i>
5-010181000000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11		1	34,00	0,00	0,00		01/01/21	<i>x Eleniane</i>
6-1			11		1						
7-1			11		1						
8-1			11		1						
9-1			11		1						
10-1			11		1						
11-1			11		1						
12-1			11		1						
13-1			11		1						
14-1			11		1						
15-1			11		1						

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/01/21	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 as 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, gastos decorrentes de tratamento, respeitando as regras referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

12.009.030/0001-66PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/21	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/21	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/21 Eleniane	53-Data, Local e Cârtimo da Expressa 21/01/21 Rebeca Maria Luizetto, No 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
---	---	--	--

TABOÃO DA SERRA - SP.