

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	Vlr 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

2.º

436767
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 09/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8127364	7-Data Validade da Senha 08/03/21
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202510750800013104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS SERVIDORES PUB	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUILHERME MACEDO DA SILVA		14-Telefone 24/10/1994	15-Nome do titular do plano GISELE DO ROCIO MACEDO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcômbio e 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
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
1-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	37-Valor
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	38-Franquia/Co-participação R\$
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	39-Aut
5-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	40-Data de Realização
6-0081000065				1	41-Motivo de Glosa
7-0081000065				1	42-Assinatura
8-0081000065				1	
9-0081000065				1	
10-0081000065				1	
11-0081000065				1	
12-0081000065				1	
13-0081000065				1	
14-0081000065				1	
15-0081000065				1	
43-Data Previsto 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 17800					
47-Valor Total R\$ 000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000					
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 o prazo de pagamento estabelecido no 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 o valor correspondente ao tratamento realizado, 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 09/12/20					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 09/12/20					
53-Data, local e Assinatura do Responsável 09/12/20					

12 505 080 0001 66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.Rua: Theresina Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
TABOÃO DA SERRA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

455675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011	4-Data de Autorização 11/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8203884	7-Data Validade da Senha 11/08/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600995001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/01/11		
13-Nome IOLANDA DA SILVA CABRAL		14-Telefone (11) 41318-4101	15-Nome do titular do plano IOLANDA DA SILVA CABRAL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento 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/Régulo	34-Face	35-Qtd
1-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US	37-Valor
2-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
3-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
4-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	42-Assinatura	
5-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
6-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
7-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
8-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
9-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
10-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
11-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
12-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
13-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
14-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
15-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/11					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 144,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
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 pagar, 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 assistente, o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/11					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/11					
Rua Theresia Maria Luizetto, Nº 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010 TABOÃO DA BERRA - SP.					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

458054
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/2011	4-Data de Autorização 30/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8212276	7-Data Validade da Senha 20/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253398460000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ERIVALDO PETRO DE SANTANA		14-Telefone 18/02/1985	15-Nome do titular do plano ERIVALDO PETRO DE SANTANA		
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 (F) 85200158-16
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0085200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16	1	1
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RMSD	1	1
3- / / / / /					
4- / / / / /					
5- / / / / /					
6- / / / / /					
7- / / / / /					
8- / / / / /					
9- / / / / /					
10- / / / / /					
11- / / / / /					
12- / / / / /					
13- / / / / /					
14- / / / / /					
15- / / / / /					
43-Data Previsto 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 547,00	47-Valor Total R\$ 12.600,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 12.600,00
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 a pagar 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, a(s) prestação(es) de serviço(s) nesse tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
PLATINUM ODONTOLÓGIA ESPECIALIZADA LTDA.					
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 30/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/01/2011	53-Data, local e Assinatura da Empresa Rua Tereza Maria Luizetto, No 230 Vila Santa Lúcia - CEP 06754-010		
TABOÃO DA SERRA - SP					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

458752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/01/12/11	4-Data de Autorização 12/11/01/11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8215836	7-Data Validade da Senha 12/01/01/12/11							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0002025340834000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ELENIANE SANTANA DA SILVA		14-Telefone 07/07/1986	15-Nome do titular do plano ELENIANE SANTANA DA SILVA									
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 123504952806	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	1	36,00	0,00	0,00		01/01/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		01/01/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		01/01/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		01/01/21		
5-	0081100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		01/01/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente, o valor do documento de valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/01/12/11												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/01/12/11												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/01/12/11												
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/01/12/11												
PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA. Rua Theresza Maria Luizetto, Nº 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010 TABOÃO DA SERRA - SP.												