



494447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8368609	7-Data Validade da Senha 07/06/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 002025335860000000101					
13-Nome JOICE APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOICE APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	18-Número no CRO 122719	19-UF SP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / GNPJ / CPF 21250335850	22-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE	23-Número no CRO 122719	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-35
26-Nome do Profissional Executante EMERSON MARTONE		27-Número no CRO 122719	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPIE (I) 81000421-RPIE

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	Assinatura
1-	00815200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	333,00	0,00			18/05/21		Joice Silva
2-	00811000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00			18/05/21		Joice Silva
3-	00811000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00			18/05/21		Joice Silva
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 361,00	47-Valor Total R\$ 12.609,00	48-Tota 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 18/05/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/05/21 Joice Silva		53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/05/21	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA
Rua Catão, 124 - Sala 102
Vila Romana - CEP 05.049-000
SÃO PAULO - SP



520435
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 1 4 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8471474	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 7 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 8 8 8 1 0 3		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NAJIM BAHLOU			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIZE ALMEIDA RIBEIRO BAHLOU	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	18-Número no CRO 122719	19-UF SP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 1 2 5 0 3 3 5 8 5 0	22-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE	23-Número no CRO 122719	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EMERSON MARTONE		27-Número no CRO 122719	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 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	18/05/21		+ Najim
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 0 0	0,00		S	18/05/21		+ Najim
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0,00		S	18/05/21		+ Najim
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0,00		S	18/05/21		+ Najim
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0,00		S	18/05/21		+ Najim
6-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0,00		S	18/05/21		+ Najim
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 2 3 9 0 0	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 18/05/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/05/21	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Rua Catão, 124 - Sala 102
Vila Romana - CEP 05.049-000

SÃO PAULO - SP

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

RX 35

2-Nº



523044
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/21	4-Data de Autorização 15/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8481600	7-Data Validade da Senha 13/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025335860000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOICE APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOICE APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	18-Número no CRO 122719	19-UF SP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-15
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21250335860	22-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE	23-Número no CRO 122719	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EMERSON MARTONE		27-Número no CRO 122719	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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00		S	11/05/2021		Joice Silva
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 333,00	47-Valor Total R\$ 12.608,08	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 11/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/21 Joice Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/21 PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA Rua Catão, 124 - Sala 102 Vila Romana - CEP 05.049-000 SÃO PAULO - SP
---	---	---	--



496887
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/21	4-Data de Autorização 12/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8378506	7-Data Validade da Senha 09/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601935402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome DIONI APARECIDA DE MORAES		14-Telefone 10/09/1962	15-Nome do titular do plano ALBERTO RODRIGUES SILVA FILHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	18-Número no CRO 122719	19-UF SP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21250335850	22-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE	23-Número no CRO 122719	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EMERSON MARTONE	27-Número no CRO 122719	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	06/05/21		+ Dioni
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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/05/21 + Dioni				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/05/21 + Dioni				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/21 + Dioni				53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/05/21 PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA			
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA

SÃO PAULO - SP



486566
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 01/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8338334	7-Data Validade da Senha 27/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202531881400000101									
13-Nome EDSON TADEU PACHECO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano EDSON TADEU PACHECO			
				24/10/1956					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA		18-Número no CRO 122719		19-UF SP		20-Código CBO S 04		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21250335850		22-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE		23-Número no CRO 122719		24-UF SP		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante EMERSON MARTONE				27-Número no CRO 122719		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	22	P	1	61,00	0,00		S	28/04/2012		
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 61,00	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 28/04/2012		51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/04/2012		52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/2012		53-Data, Local e Carimbo da Empresa 28/04/2012	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Rua Catão, 124 - Sala 102
Vila Romana - CEP 05.049-000
SÃO PAULO - SP



494430
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8368572	7-Data Validade da Senha 07/06/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020253358600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOICE APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO	14-Telefone 16/12/1982	15-Nome do titular do plano JOICE APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	18-Número no CRO 122719	19-UF SP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21250335850	22-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE	23-Número no CRO 122719	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-26
26-Nome do Profissional Executante EMERSON MARTONE	27-Número no CRO 122719	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 81000421-	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ctd	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	04/05/21		JOICE SILVA
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	53,00	0,00		S	04/05/21		JOICE SILVA
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	04/05/21		JOICE SILVA
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	04/05/21		JOICE SILVA
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 595,00	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 04/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/05/21 JOICE SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/05/21
---------------	---	---	---	---

Rua Catalão, 124 - Sala 101
Vila Romana - CEP 05.049-000

SÃO PAULO - SP



535217
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 2 9 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8526735	7-Data Validade da Senha 2 6 / 0 7 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 6 4 2 3 0 2									
13-Nome RITA DE CASSIA GODOI				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RITA DE CASSIA GODOI			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA		18-Número no CRO 122719		19-UF SP		20-Código CBO S 04		025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 1 2 5 0 3 3 5 8 5 0		22-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE		23-Número no CRO 122719		24-UF SP		25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante EMERSON MARTONE		27-Número no CRO 122719		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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	20/05/21		Rita
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S	20/05/21		Rita
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	20/05/21		Rita
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	20/05/21		Rita
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	20/05/21		Rita
6-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	20/05/21		Rita
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 2 3 9 , 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		PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/21 Rita de C. Godoi	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/05/21
---	---	--	---

Rua Catão, 124 - Sala 102
Vila Romana - CEP 05.049-000

SÃO PAULO - SP