



556372
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/21	4-Data de Autorização 17/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8604622	7-Data Validade da Senha 17/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537261500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAFAELA FREITAS CUTOLO		14-Telefone 10/01/1992	15-Nome do titular do plano RAFAELA FREITAS CUTOLO		
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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/06/21		Rafaela
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/06/21		Rafaela
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/06/21		Rafaela
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/06/21		Rafaela
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/06/21		Rafaela
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(ram) 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 17/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/21 Rafaela	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

12609 080/0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

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

TABOÃO DA TERRA - SP.



574221
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2016	4-Data de Autorização 10/01/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8664838	7-Data Validade da Senha 02/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202537261500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAELA FREITAS CUTOLO		14-Telefone 10/01/1992	15-Nome do titular do plano RAFAELA FREITAS CUTOLO	

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 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-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15	1	1	333,00	0,00		S	10/06/21		Rafela
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\$ 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, a assinatura e o fornecimento 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 10/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/21 - Rafela	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

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



577420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 11/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8674990	7-Data Validade da Senha 06/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538070900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDSON FERREIRA DAMASCENO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VIVIANE SOUZA DA SILVA	

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) 85200166-35
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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/06/2012		Edson
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/06/2012		Edson
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/06/2012		Edson
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/06/2012		Edson
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/06/2012		Edson
6-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	258,00	0,00		S	11/06/2012		Edson
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 436,00	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	PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA.				
---------------	--	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa Rua Thereza Maria Luzetto, Nº 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010 TADOÃO DA TERRA - SP.
---	---	---	---



580457
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/21	4-Data de Autorização 18/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8685475	7-Data Validade da Senha 08/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601360502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDSON DA SILVA BARBOZA		14-Telefone (11) 4138-4684	15-Nome do titular do plano PATRICIA PEREIRA DOS SANTOS		
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	

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	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/06/21		FS
2	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/06/21		FS
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/06/21		FS
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/06/21		FS
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/06/21		FS
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 assistente, o valor referente 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 18/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

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

TABOÃO DA TERRA - SP

12 609 080/0001-66



OK

581591
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/21	4-Data de Autorização 19/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8689231	7-Data Validade da Senha 09/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537605300000101	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		

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) 85200140-24 (I) 81000421-
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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/06/21		
2-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		S	19/06/21		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	19/06/21		
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 381,00	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 19/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

12609 080/0001-66
PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.
Rua Theresza Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
TABOÃO DA SERRA - SP.