



487517
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/21	4-Data de Autorização 20/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8341703	7-Data Validade da Senha 30/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253473360000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ CARLOS DOS SANTOS		14-Telefone 20/02/1994	15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DOS SANTOS	

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 Enviar - RX (IF) 85200158-36
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		S	22/04/21		x Luiz
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/04/21		x Luiz
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/04/21		x Luiz
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/04/21		x Luiz
5	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	53,00	0,00		S	22/04/21		x Luiz
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 677,00	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 22/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/04/21 x Luiz Carlos	53-Data, local e Carimbo da Empresa Rua Theres - Maria Luizetto, Nº 290 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010 Mogi das Cruzes - SP.
---	---	---	---

12 609 080/0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA



528625
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/04/21	4-Data de Autorização 20/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8503464	7-Data Validade da Senha 19/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600665201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AIRTON HAYASHI	14-Telefone (11) 4137-8763	15-Nome do titular do plano AIRTON HAYASHI		

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/04/21		<i>[Assinatura]</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/04/21		<i>[Assinatura]</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/04/21		<i>[Assinatura]</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/04/21		<i>[Assinatura]</i>
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 144,00	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 20/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

12 609 080/0001-66

**PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.**

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

TABOÃO DA SERRA - SP.



531267
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/04/21	4-Data de Autorização 26/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8512345	7-Data Validade da Senha 22/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535522200000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANO MORAES DA SILVA		14-Telefone 16/03/1981	15-Nome do titular do plano ANA PAULA DE LARA		

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 Responsável pelo Tratamento RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		23-Número no CRO 111566	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-16 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante RICHARD DARWIN CASAPIA GUILLEN		27-Número no CRO 111566		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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00			26/04/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			26/04/21		
3-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/04/21		
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 581,00	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 26/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/04/21
---	---	---	---

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