



702485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/21	4-Data de Autorização 14/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9052969	7-Data Validade da Senha 13/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202540063200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAEL AMANCIO DE FREITAS		14-Telefone 05/01/2009 () -	15-Nome do titular do plano ELISANGELA AMANCIO	

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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	14/09/21		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	14/09/21		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	14/09/21		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		1	35,00	0,00		S	14/09/21		
5-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/09/21		
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 174,00	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 14/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/09/21 SÃO PAULO - SP
---------------	---	---	---	---



717797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/09/21	4-Data de Autorização 24/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9102606	7-Data Validade da Senha 23/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536354600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDO MANOLIO			14-Telefone 29/08/1950	15-Nome do titular do plano FERNANDO MANOLIO	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/09/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/21		
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\$ 12.889,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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 24/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/09/21
---	---	---	---

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA
Rua Catão, 124 - Sala 107
Vila Romana - CEP 05.049-000
SÃO PAULO - SP



739448
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2014	4-Data de Autorização 14/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9170139	7-Data Validade e a Senha 12/11/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 00202510550601950101	6-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome MIGUEL PEREIRA PRATES		14-Telefone 16/11/1984	15-Nome do titular do plano MIGUEL PEREIRA PRATES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição 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 / CIJ/PJ / CPF 21250335850	22-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE	23-Número no CRO 122719	24-UF SP	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante EMERSON MARTONE		27-Número no CRO 122719	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabula	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	44	V	1	61,00	0,00		S	24/10/14		mgc
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\$ 12.600,00	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 24/10/14 mgc	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/14 mgc	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/14	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/14 PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA Rua Catão, 124 - Sala 102 Vila Romaria - CEP 05.049-080 SÃO PAULO - SP

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



754506
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2012	4-Data de Autorização 22/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9210312	7-Data Validade da Senha 20/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534304600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA MOREIRA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO MOREIRA 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
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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/21		Carla M
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/10/21		Carla M
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/10/21		Carla M
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/10/21		Carla M
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/10/21		
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\$ 12.609,00	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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/21
---	---	---	---