

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

Razão Social: PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

CNPJ: 12609080000247 (PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 122719/SP

Cirurgião Dentista: (17995) - EMERSON MARTONE

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
463782 - I	VALERIA RIBEIRO REGIANI (00202532782400000101)		27/01/2021	183	0.5	R\$ 91,50

Totalizador						
N° de USOs:						183
N° de atendimentos:						1
Valor:						R\$ 91,50

Totalizador da Operadora						
N° de USOs:						183
N° de atendimentos:						1
Valor:						R\$ 91,50

Totalizador da Clínica						
N° de USOs:						183
N° de atendimentos:						1
Valor:						R\$ 91,50

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 21:15

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN

437285
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 10/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8129935	7-Data Validade da Senha 09/10/13							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202510550600846501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ELIANA GONCALVES DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIANA GONCALVES DE OLIVEIRA									
24/09/1979												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EMERSON MARTONE	18-Número no CRO 122719	19-UF SP	20-Código CBO S	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 (I) 81000421- (F) 85200158-46							
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 ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/12/20		
2	00810000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			10/12/20		
3	00810000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			10/12/20		
4	00815200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	53,30	0,00			10/12/20		
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 595,30		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 condições e prazos estabelecidos para o pagamento dos valores devidos, bem como 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 Conselho-Dentista Solicitante 10/12/20												
51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 10/12/20												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/20												
53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Rua Teixeira, Maria Luíza, Nº 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010 TABOÃO DA SERRA - SP.												



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

438388
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8134626	7-Data Validade da Senha 11/01/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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

13-Nome VALERIA RIBEIRO REGIANI	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano VALERIA RIBEIRO REGIANI
------------------------------------	-------------------------------	--

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 21125103351850	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 Olosa	42-Assinatura
1	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/12/2012		
2	01081000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	11/12/2012		
3	01081000196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	11/12/2012		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/12	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 156,00	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

PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA			
---	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 11/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 11/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/11/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/2012
---	---	---	--

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

448659
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/11/21	4-Data de Autorização 11/10/11/21	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8175706	7-Data Validade da Sereta 05/10/11/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202510550601147702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MARCIA DE BARROS TROMBETA	14-Data de Nascimento 14/11/1971	14-Telefone (11) 2833616490	15-Nome do titular do plano JOAO MARCOS TROMBETA									
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 / CNP 21250335850	22-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE	23-Número no CRO 122719	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-24							
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 ENDODONTICO	24	1	1	333000	0,00			05/10/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		333000		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 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												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista												
52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												

12.809.080/0002-47

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDARua Catão, 124 - Sala 102
Vila Romana - CEP 05.049-000

SÃO PAULO - SP



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

463782
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/7/2011/21	4-Data de Autorização 21/8/2011/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8241873	7-Data Validade da Senha 21/7/2014/21
8-Número da Carteira 010202153217824000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome VALERIA RIBEIRO REGIANI		14-Telefone 20/09/1979		15-Nome do titular do plano VALERIA RIBEIRO REGIANI	
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 2112503358501		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-	0108511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00	0,00	S	27/04/2011		
2-	0108511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00	0,00	S	27/04/2011		
3-	0108511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00	S	27/04/2011		
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 183,00	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		ESPECIALIZADA LTDA	
		Rua Catão, 124 - Sala 101	
		Vila Romaria - CEP: 05508-000	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/Operadora 21/04/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/04/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/04/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/04/2011
---	---	---	---

SÃO PAULO - SP



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

464603
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 11/12/11	4-Data de Autorização 12/09/10 11/12/11	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8245641	7-Data Validade da Sinthe 12/08/10 11/12/11
8-Número do Cartão 101021025105106008465011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIANA GONCALVES DE OLIVEIRA		14-Telefone 24/09/1979	15-Data de Validade da Carteira (11/11/11)	16-Nome do titular do plano ELIANA GONCALVES DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA		19-Número no CRO 122719	20-UF SP	21-Código CBO S 04
22-Código no Operadora / CNPJ / CPF 121125033585011		23-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE	24-Número no CRO 122719	25-UF SP	26-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
27-Nome do Profissional Executante EMERSON MARTONE		28-Número no CRO 122719	29-UF SP	30-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Quantidade US
1-01018511002000		RESTAURAÇÃO RESINA	27	MO	1
2-01018511001196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observações					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Assinatura da Empresa					