

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	Vir USO Coop.	Total
463782 - I	VALERIA RIBEIRO REGIANI (00202532782400000101)		27/01/2021	183	0.5	R\$ 91,50

Totalizador

Nº de USOs: 183
Nº de atendimentos: 1
Valor: R\$ 91,50

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 183
Nº de atendimentos: 1
Valor: R\$ 91,50

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 183
Nº 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-Nº

437285
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/9/112/12/0	4-Data de Autorização 11/0/112/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8129935	7-Data Validação da Senha 10/9/10/3/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/020251105506008465011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	
11-Data Validação da Carteira 10/10/10/10/10/10				12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELIANA GONCALVES DE OLIVEIRA		24/09/1979		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome do titular do plano ELIANA GONCALVES DE OLIVEIRA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento 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 211250335850	22-Nome do Contratado Executante EMERSON MARTONE	23-Número no CRO 122719	24-UF SP	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (IF) 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
1-0101810000651				CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	10/12/20	10/12/20	July
2-0101810000421				RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	10/12/20	10/12/20	July
3-0101810000421				RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	10/12/20	10/12/20	July
4-0101852001581				TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46	1	1	53,30	0,00	0,00	10/12/20	10/12/20	July
5-1													
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontoncia 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 regras e procedimentos estabelecidos para a execução desse tratamento, com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é 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 Consultor-Dentista Solicitante 10/12/20	51-Data, Local e Assinatura do Consultor-Dentista 10/12/20 M.	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/20 M.	53-Data, Local e Assinatura de Entrega 10/12/20 M.
---	--	--	---

Rua Theresa Maria Luzzetto, N° 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
TABOÃO DA SERRA - SP.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº
463782
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10/1/1/2/1	4-Data de Autorização 12/8/10/1/1/2/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8241873	7-Data Validação da Senha 12/7/10/1/2/1						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10120202532782400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome VALERIA RIBEIRO REGIANI	20/09/1979	14-Telefone (11) 1234-5678	15-Nome do titular do plano VALERIA RIBEIRO REGIANI								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Endereço e RNN N	17-Nome do Profissional Sócio/Unidade PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	18-Número no CRO 122719	19-UF SP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa						
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 2112503358501111	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-Tablet	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
1-0018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1		61,00	0,00		12/7/10/1/2/1	<i>Valeria Ribeiro Regiani</i>
2-0018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1		61,00	0,00		12/7/10/1/2/1	<i>Valeria Ribeiro Regiani</i>
3-0018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1		61,00	0,00		12/7/10/1/2/1	<i>Valeria Ribeiro Regiani</i>
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 Previsão Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1	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 1 8 3,0 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 Colaborador 23/04/2011	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/04/2011	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Representante 27/04/2011 Valeria Ribeiro Regiani	53-Data, Local e Cariño da Empresa 27/04/2011								
Rua Catão, 124 - Sala 102 04020-000 - São Paulo - SP											
SÃO PAULO - SP											



GUÍA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



464603
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia [2 8 0 0 1 2 1]	4-Data de Autorização [2 9 0 0 1 2 1]	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8245641	7-Data Validade da Senha [2 8 0 0 4 2 1]	464603 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira [0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 8 4 6 5 0 1]		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira [1 1 1 1 1 1]						
13-Nome ELIANA GONCALVES DE OLIVEIRA		24/09/1979		14-Fone (11) [] [] [] []		15-Nome do titular do plano ELIANA GONCALVES DE OLIVEIRA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Endereço a Rua N	17-Nome do Profissional Soltitante PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	18-Número no CRO 122718	19-UF SP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200							
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF [2 1 2 5 0 1 3 3 5 8 5 0 1]	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 04									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabed	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	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 1 8 5 1 0 0 1 2 0 0 1	RESTAURAÇÃO RESINA	27	M O 1	8 8 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	
2- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O 1	6 1 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento [1 1 1 1 1 1]	44-Tipo de Abandono [1 1 1 1 1 1]	45-Tipo de Faturamento [1-Total 2-Parcela]	46-Total Quantidade US [1 4 9 0 0]	47-Valor Total R\$ [12 6 0 0 0 0]	48-Tot Franquia Co-participação R\$ [0 0 0 0 0 0]							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(a) procedimento(s) descriçõe(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 assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
PLATINUM ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA												
Ref. Cód. 123 - SAM 102												
53-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante												
54-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista												
55-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
56-Data, Local e Cidade da Expedição - CEP: 04000-000												

Dedaro, 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Dedaro, que a(s) procedimento(s) descrevendo(s) acima e/ou minhas assinatura(s), foi/viram realizada(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

**PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA**

49-Observação
CONTEÚDO
ESPECIALIZADA LTDA

—

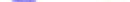
1000

Rua Catão, 124 - Sala 102

rimbo da Empresa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
04/02/24 

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
04/02/24 

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
04/02/24 

53-Data, local e Cartório da Fazenda - CEP 05.049-000
04/02/24 
SAO PAULO - SP