



634607
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 1 0 7 / 2 1	4-Data de Autorização 2 7 / 1 0 7 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8859499	7-Data Validade da Senha 2 4 / 1 0 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 8 6 5 0 7 0 0 0 4 6 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAO VICTOR RIBEIRO CAMARGO		14-Telefone 05/12/2005 () -	15-Nome do titular do plano ADILSON DE LIMA CAMARGO		
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 2 1 2 5 0 3 3 5 8 5 0	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	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	27/07/21		~Maua
2	0 0 8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	7 2 , 0 0	0 , 0 0		S	27/07/21		~Maua
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S	27/07/21		~Maua
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S	27/07/21		~Maua
5	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S	27/07/21		~Maua
6	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S	27/07/21		~Maua
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 2 4 6 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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, o(s) profissional(ais) contratado(s) e, nesse sentido, 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 27/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/07/21 x Maua	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/07/21
---------------	---	---	--	---

12 609 080/0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

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

TRABALHO DE FERRA - SP.



634615
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2011	4-Data de Autorização 12/07/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8859502	7-Data Validade da Senha 12/07/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202518650700004604	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCAS RIBEIRO CAMARGO		14-Telefone 09/02/2010	15-Nome do titular do plano ADILSON DE LIMA CAMARGO		
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	27/07/2011		α Maria
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	7,20	0,00		S	27/07/2011		α Maria
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00		S	27/07/2011		α Maria
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00		S	27/07/2011		α Maria
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50	0,00		S	27/07/2011		α Maria
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00		S	27/07/2011		α Maria
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 246,00	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 27/07/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/07/2011 α Maria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/07/2011
---------------	---	---	---	---

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA

12604 166 1101-66
Rafael Neresza Maria Luizetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

TABOÃO DA SERRA - SP.