



584822
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2011	4-Data de Autorização 16/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8699830	7-Data Validade da Senha 13/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600236701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABEL CRISTINA DOMINGUES		14-Telefone 06/02/1978	15-Nome do titular do plano ISABEL CRISTINA DOMINGUES		

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		

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	16/06/11		<i>[Assinatura]</i>
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 34,00	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 este documento, as 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 16/06/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/06/11
---	---	---	---

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

TABOÃO DA FERRA - SP.



585039
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2011	4-Data de Autorização 16/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8700594	7-Data Validade da Senha 13/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600236702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PEDRO DOMINGUES GAVIOLI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ISABEL CRISTINA DOMINGUES	

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/10/2011		<i>a Pedro</i>
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 34,00	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

12 609 080/0001-66

PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2011 <i>a Pedro</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

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

TABOÃO DA FERRA - SP.



588179
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/2011	4-Data de Autorização 25/06/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8710806	7-Data Validade da Senha 15/09/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538925100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDSON LUIS CRUZ PEREIRA	14-Telefone 17/06/1976	15-Nome do titular do plano EDSON LUIS CRUZ PEREIRA		

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/06/2011		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/06/2011		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/06/2011		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/06/2011		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/06/2011		
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\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 25/06/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

PLATINUM ODONTOLÓGICA
ESPECIALIZADA LTDA.

Rua Theresa Marie Luzetto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010

TABOÃO DA TERRA - SP.



593071
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/21	4-Data de Autorização 25/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8726908	7-Data Validade da Senha 20/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253731450000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JHENYFFER DUTRA SANTOS		14-Telefone 03/01/1997	15-Nome do titular do plano JHENYFFER DUTRA 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
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

025 -
Faturar Empresa

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/06/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/06/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/06/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/06/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/06/21		
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\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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 25/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

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



600280
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/06/2011	4-Data de Autorização 28/06/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8750485	7-Data Validade da Senha 26/09/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253914790000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA MARIA DA CONCEICAO SILVA		14-Telefone 24/05/1985	15-Nome do titular do plano LUCIANA MARIA DA CONCEICAO SILVA	

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
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

025 -
Faturar Empresa

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	28/06/2011		Luciana
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/06/2011		Luciana
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/06/2011		Luciana
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/06/2011		Luciana
5	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/06/2011		Luciana
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\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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, 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, 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 28/06/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/06/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Luciana Maria da Conceicao Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

12 009 080/0001-66
PLATINUM ODONTOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA.
Rua Thereza Maria Luzatto, Nº 230
Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
TABOÃO DA FERRA - SP.



600098
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/06/2021	4-Data de Autorização 28/06/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8749768	7-Data Validade da Senha 26/09/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202539147900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA MARIA DA CONCEICAO SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANA MARIA DA CONCEICAO SILVA	

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 Enviar - RX (IF) 85200158-36 (I) 81000421- (I) 81000421-
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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00		S	28/06/2021		Luciana
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	28/06/21		Luciana
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	28/06/21		Luciana
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 561,00	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 de higiene bucal, dieta e cuidados 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, 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 28/06/21 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/06/21 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/06/21 Luciana Maria da Conceição Silva	53-Data, local e Assinatura do Operador 28/06/21 Maria Luízeto, Nº 230 Vila Santa Luzia - CEP 06754-010
--	--	--	---

TABOÃO DA SERRA - SP.