OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 496801
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/03/21	11/03/21	AUTORIZADO	8378140	09/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203514000388 01	POS REDE PRESTADORA	ASSOC DOS PROF DA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DOUGLAS SOARES DE OLIVEIRA 14/03/1988	( ) -	DOUGLAS SOARES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	0,00	S	11/03/21		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
6	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
7	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/21		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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	296,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/03/21 Drª Beatriz Prezotto Cirurgiã Dentista CRO 29506	11/03/21 Drª Beatriz Prezotto Cirurgiã Dentista CRO 29506	11/03/21	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 485531
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/02/21	25/02/21	AUTORIZADO	8333847	26/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202539244000035021	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSIANE CRISTINA DE PADUA CAMPOS 21/02/1983	( ) -	ALBERTO LAMEU DE CAMPOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	25/02/21		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/02/21		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/02/21		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/02/21		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/02/21		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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	174,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	25/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	25/02/21	25/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 480650
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/02/21	19/02/21	AUTORIZADO	8311250	20/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020528233200001 01	POS REDE PRESTADORA	GIOPAN PANIFICADORA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PATRICIA XAVIER DE CASTRO 11/09/1981	( ) -	PATRICIA XAVIER DE CASTRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	19/02/21		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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	88,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	19/02/21	19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 473608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/02/21	19/02/21	AUTORIZADO	8285189	10/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020258283800012801	POS REDE PRESTADORA	COOPERATIVA DE CREDITO DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LARISSA RODRIGUES DE MENEZES GARCIA 26/04/1996	( ) -	LARISSA RODRIGUES DE MENEZES GARCIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	19/02/21		larissa
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/02/21		larissa
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/02/21		larissa
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/02/21		larissa
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/02/21		larissa
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	19/02/21		larissa
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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	235,00	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 e 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 valore 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 Profissional Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	19/02/21 larissa R. M G	19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 485503
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/02/21	25/02/21	AUTORIZADO	8333808	26/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00250339244000720001	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RENAN ESTEVES DA SILVA 16/09/1991	( ) -	RENAN ESTEVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 81000421-RPID
(I) 85100200
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	81000303	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S	25/02/21		
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00	S	25/02/21		
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00	S	25/02/21		
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00	S	25/02/21		
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00	S	25/02/21		
6	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00		0,00	S	25/02/21		
7	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00		0,00	S	25/02/21		
8	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00		0,00	S	25/02/21		
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00		0,00	S	25/02/21		
10	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00		0,00	S	25/02/21		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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	513,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	25/02/21 Drª Beatriz Prezotto Cirurgiã Dentista CRO 29506 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	25/02/21	25/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 496801
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/03/21	11/03/21	AUTORIZADO	8378140	09/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203503514000388 01	POS REDE PRESTADORA	ASSOC DOS PROF DA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DOUGLAS SOARES DE OLIVEIRA 14/03/1988	( ) -	DOUGLAS SOARES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	11/03/21		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	11/03/21		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00		S	11/03/21		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/03/21		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/03/21		
6	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/03/21		
7	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/03/21		
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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	296,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/03/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	11/03/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741 Dra Beatriz Prezotto Cirurgiã Dentista CRO 29506	/ /	11/03/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 484684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/02/21	25/02/21	AUTORIZADO	8330336	25/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253392440003740 3	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANNA CLARA GUILHERMINO VALEIRO 22/10/2012	( ) -	HENRIQUE MARTINS VALERIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	83009089	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1	73,00	0,00		S	16/02/21		Henrique
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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	73,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
16/02/21	16/02/21	16/02/21 Henrique	16/02/21

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 484639
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/02/21	24/02/21	AUTORIZADO	8330127	25/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025331924400071001	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAIRA MEDEIROS BENTO 15/03/1992	( ) -	RAIRA MEDEIROS BENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	340,00	0,00	0,00	S	24/02/21		Raira
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350,00	0,00	0,00	S	24/02/21		Raira
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350,00	0,00	0,00	S	24/02/21		Raira
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350,00	0,00	0,00	S	24/02/21		Raira
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350,00	0,00	0,00	S	24/02/21		Raira
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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	1740,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / Marjorie Garcia Bin CRO 26741	/ / Marjorie Garcia Bin CRO 26741	/ / Raira M.	/ / Marjorie Garcia Bin CRO 26741

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 484647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/02/21	24/02/21	AUTORIZADO	8330133	25/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202533924400054001	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS APARECIDO DE OLIVEIRA 13/10/1990	( ) -	LUCAS APARECIDO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07692489300	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	0,00	S	24/02/21		lucas
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	24/02/21		lucas
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	24/02/21		lucas
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	24/02/21		lucas
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	24/02/21		lucas
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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	174,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
24/02/21 Drª Beatriz Prezotto Cirurgiã Dentista CRO 29506	24/02/21 Drª Beatriz Prezotto Cirurgiã Dentista CRO 29506	24/02/21 Lucas A. de Silva	24/02/21 Drª Beatriz Prezotto Cirurgiã Dentista CRO 29506

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 484653
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/02/21	24/02/21	AUTORIZADO	8330246	25/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253392440005810 1	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCELO FELIPE VEIGA 30/11/1998	( ) -	MARCELO FELIPE VEIGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	24/02/		marcelo V.
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/02/		marcelo V.
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/02/		marcelo V.
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/02/		marcelo V.
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/02/		marcelo V.
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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	174,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
24/02/21 Dra Beatriz Prezotto Miranda Oliveira CRO 29506	24/02/21 Dra Beatriz Prezotto Miranda Oliveira CRO 29506	/ / marcelo V.	24/02/21 Dra Beatriz Prezotto Miranda Oliveira CRO 29506

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 473518
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/02/21	19/02/21	AUTORIZADO	8284645	10/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253393244000183033	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA EDUARDA ALMEIDA FREIRE 16/09/2008	( ) -	CLEVERTON REGI COSTA FREIRE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	0,00	S	19/02/21		Edilene
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
7	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
8	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
9	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
10	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17		1	49,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
11	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	27		1	49,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
12	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	47		1	49,00	0,00	0,00	S	19/02/21		Edilene
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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	529,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	19/02/21 Edilene	19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 473536
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/02/21	19/02/21	AUTORIZADO	8284739	10/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0022025339244000183022	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDILENE DE JESUS ALMEIDA FREIRE 18/12/1984	( ) -	CLEVERTON REGI COSTA FREIRE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

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	19/02/21		Edilene
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
6	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	13	ID	1	88,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
7	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	88,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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	350,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741 Drª Beatriz Prezotto Cirurgiã Dentista CRO 29506	19/02/21 Edilene	19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 473505
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/02/21	19/02/21	AUTORIZADO	8284592	10/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253392440018304	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELLA ALMEIDA FREIRE 20/10/2011	( ) -	CLEVERTON REGI COSTA FREIRE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	19/02/21		Edilene
2	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
3	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
4	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
5	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
6	00	84001112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ			1	76,00	0,00		S	19/02/21		Edilene
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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	306,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741	19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741 Drª Beatriz Prezotto	19/02/21 Edilene de J. A.	19/02/21 Marjorie Garcia Bin CRO 26741

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

484543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/02/21	24/02/21	AUTORIZADO	8329765	25/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205339244000515101	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAROLAINE DE ARAUJO ARTILES 17/10/2002	( ) -	KAROLAINE DE ARAUJO ARTILES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001286-48
(I) 82001286-38

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	09/02/21		Karolaine
2-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/02/21		Karolaine
3-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/02/21		Karolaine
4-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	16/02/21		Karolaine
5-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/02/21		Karolaine
6-	00	82012866	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	23/02/21		Karolaine
7-	00	82012866	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	23/02/21		Karolaine
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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	896,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
24/02/21	24/02/21	09/02/21 Karolaine	24/02/21

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 495283
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/03/21	09/03/21	AUTORIZADO	8371964	07/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025339244008071	POS REDE PRESTADORA	COOPERVAL COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THAIS MANOEL FERREIRA 25/04/2002	( ) -	THAIS MANOEL FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07769248930	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR	

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	0,00	S	09/03/21		Thais
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	09/03/21		Thais
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	09/03/21		Thais
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	09/03/21		Thais
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	09/03/21		Thais
6	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00	0,00	S	15/03/21		Thais
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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	262,00	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 e 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 valore 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/03/2021 Dra Beatriz Prezotto Cirurgiã Dentista CRO 29506	15/09/21	09/03/21 Thais	15/03/21 Dra Beatriz Prezotto Cirurgiã Dentista CRO 29506

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506