



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.46



496801
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/03/12/11	4-Data de Autocancelamento 11/11/03/12/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8378140	7-Data Validade da Santa 10/19/10/16/12/11
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/10/21025103135114101010103181011	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOC DOS PROF DA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------------

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

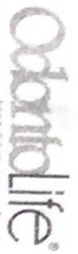
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 29506	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107176912481931011	22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 29506	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 29506	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-1-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-100	018101000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	134	10,10	10,10	1	11/11/03/12/11		
2-100	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61	10,10	10,10	1	11/11/03/12/11		
3-100	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61	10,10	10,10	1	11/11/03/12/11		
4-100	01840101918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35	10,10	10,10	1	11/11/03/12/11		
5-100	01840101918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35	10,10	10,10	1	11/11/03/12/11		
6-100	01840101918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35	10,10	10,10	1	11/11/03/12/11		
7-100	01840101918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35	10,10	10,10	1	11/11/03/12/11		
8-100												
9-100												
10-100												
11-100												
12-100												
13-100												
14-100												
15-100												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1296,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/03/12/11	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Drª Beatriz Prezotto 11/11/03/12/11	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/03/12/11	53-Dia, local e Cópia da Empresa 11/11/11/11
--	---	--	---

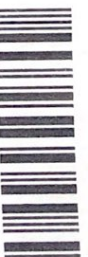
Drª Beatriz Prezotto
Cirurgia Dentista
CRO 29506



lino de lino para uso

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



485531
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Dados de Emissão da Guia 12/5/10 12/11	3-Dia de Autorização 12/5/10 12/11	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8333847	6-Dia Validade da Sentença 12/5/10 12/11
--------------------------	---	---------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

7-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10/01/2012 15/3/9 12/4/10 10/03/5 10/21	9-Pessoa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPERVAL COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

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

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 10/7/7/6/9/2/4/8/9/3/0/1/1	22-Nome do Contratado Exatante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 29506	24-UF PR	25-Código CNES 29506
---	--	---------------------------	-------------	-------------------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										30-Franquia/Co-participação R\$										39-Aut. 40-Dia de Realização										41-Motivo da Guia 42-Assinatura									
30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-Cód	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura																											
1-010	18101010130	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
2-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
3-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
4-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
5-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
6-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
7-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
8-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
9-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
10-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
11-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
12-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
13-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
14-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											
15-010	18401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1,00	0,00	1	1	1	1																											

43-Dia Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	--	-----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação	50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 501-Justiça 12/5/10 12/11/11 Matyorie Garcia Bin CRO 26744	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/10 12/11/11 Matyorie Garcia Bin CRO 26744	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/10 12/11/11 Alberto Lameu de Campos	53-Dia, local e Assinatura da Empresa 12/5/10 12/11/11 Matyorie Garcia Bin CRO 26744
---------------	---	---	---	--

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 26744



1-Registro AINS 406414		3-Dia da emissão da Guia 11/9/02/12/1		4-Dia de Autorização 11/9/02/12/1		5-Serinha AUTORIZADO		6-Numero da Guia Principal 8311250		7-Dia Validade da Serinha 12/10/05/12/1		480650 INTERCÂMBIO			
8-Numero da Carteira 010201251282332010101011011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GIOPAN PANIFICADORA LTDA		11-Dia Validade da Carteira 11/11/11		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome PATRICIA XAVIER DE CASTRO												14-Telefone (11) 11/09/1981		15-Nome do titular do plano PATRICIA XAVIER DE CASTRO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Adiantamento a R\$ N		17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA		18-Numero no CRO 29506		19-LUF PR		20-Código CBO S 025 -							
21-Código na Operação / CNU / CPF 0177619124489130		22-Nome do Contratado Expirante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA		23-Numero no CRO 29506		24-LUF PR		25-Código CNES (1) 85100200							
26-Nome do Profissional Expirante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA		27-Numero no CRO 29506		28-LUF PR		29-Código CBO S									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Alíq	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0			
2-1												
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-Dia 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\$												

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 das obrigações de arcar com os custos previstos no 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 este 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

1902121
A. Garcia Bin

MAJ 0116 08
CRO 26741
Dr

Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista

CRO 29506

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião: 19/02/21

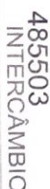
Marjorie Garcia Bin
CNO 26741

lorie Garcia
CRO 26741

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

A9/D2/29

Marjorie Garcia Bina

2-N₂

Marjorie Garcia Bin CRO 26741 Dr^a Beatriz Prezotti Cirurgia Dentista CRO 29508	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 25/10/21	53-Dia, local e Caimbo da Empresa 25/10/21
Marjorie Garcia Bin CRO 26741	25/10/21	Marjorie Garcia Bin CRO 26741



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



496801
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/13 11/21	4-Data de Autorização 11/10/13 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8378140	7-Data Validade da Senha 10/10/16 11/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Plano de Benefício

8-Número da Carteira 010120125013151140101013181011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOC DOS PROF DA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------------

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 017769121481913011	22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 29506	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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	0101811010101301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,41,010,01	0,10,10,01					
2	0101851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6,11,010,01	0,10,10,01					
3	0101851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6,11,010,01	0,10,10,01					
4	01018410101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,51,010,01	0,10,10,01					
5	01018410101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,51,010,01	0,10,10,01					
6	01018410101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,51,010,01	0,10,10,01					
7	01018410101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,51,010,01	0,10,10,01					
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Úrgencia/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12916,10,01	47-Valor Total R\$ 10,10,10	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) 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 11/10/13 11/21	51-Data local e Assinatura do Conselho Dentista 11/10/13 11/21	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/13 11/21	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/10/13 11/21
---	---	--	--

Marjorie Garcia Bin
CRO 26741

Drª Beatriz Prezotto
Cirurgiã Dentista
CRO 29506

Marjorie Garcia Bin
CRO 26741



Equipamento para uso em

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



484684
INTERCÂMBIO

1-Adesivo ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Dia de Autenticação 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8330336	7-Dia Validade da Senha 25/10/2012
8-Número da Carteira 0101201251319124401010374103			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPERVAL COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Nome ANNA CLARA GUILHERMINE VALEIRO		
14-Endereço do Beneficiário			15-Nome do titular do plano HENRIQUE MARTINS VALEIRO		
22/10/2012					

16-Endereço do Profissional Solicitante N	17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 29506	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CBO / CPF 017769124181930	22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 29506	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 29506	28-UF PR	29-Código CBO S	Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-	01083010101819	EXODONTIA SIMPLES DE	75	1	1	73,00	10,00	10,00	51	16/10/2012	Henrique	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia 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\$
1/1/1/1/1/1	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	173,00	10,00	

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 16/10/2012	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 16/10/2012	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2012	53-Dia, local e Contorno da Empresa 16/10/2012
Dr. Beatriz Prezotto Cirurgia Dentista CRO 29506	Dr. Beatriz Prezotto Cirurgia Dentista CRO 29506	Dr. Beatriz Prezotto Cirurgia Dentista CRO 29506	Dr. Beatriz Prezotto Cirurgia Dentista CRO 29506



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/02/21	4-Data de Atribuição 21/02/21	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8330127	7-Data Validade da Semana 12/05/21
--------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

484639
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01012012153912440101017101011	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPERVAL COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/03/1992	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome RAIRA MEDEIROS BENTO	14-Telefone ()	15-Nome do Titular do plano RAIRA MEDEIROS BENTO
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 29506
19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	21-Valor Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CNP 01717691214891310	23-Nome do Contratado Examinante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	24-UF PR
25-Código CNES 29506	26-Nome do Profissional Examinante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 29506
28-UF PR	29-Código CBO S	30-Valor PR

30-Tabule	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 10 0	0 10 0 0					
2-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
3-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
4-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
5-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
6-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
7-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
8-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
9-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
10-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
11-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
12-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
13-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
14-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					
15-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3 5 10 0	0 10 0 0					

43-Data Prevista 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			

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante Marjorie Garcia Bin CRO 26741	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Marjorie Garcia Bin CRO 26741	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Rafaela M.	53-Data, local e Caimbo da Empresa Marjorie Garcia Bin CRO 26741
---	---	---	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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

2-N^o

16-Alugueramento a RM	17-Nome do Profissional Solicite	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO 3	025 - Faturar Empresa
N	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR		
21-Código na Operação / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CUNES	
01071761912481913101111	BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	29506	PR		
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO 3		
BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA		29506	PR		

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 no 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.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



484653
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/4/10 21/2/11	3-Data de Autorização 12/4/10 21/2/11	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8330246	6-Data Validade da Sentença 12/5/10 15/2/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

7-Data de Realização

8-Número da Carteira 101021025339244010101581011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço COOPERVAL COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARCELO FELIPE VEIGA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCELO FELIPE VEIGA
---------------------------------	------------------------------	---

16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101776924893011	22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 29506	24-UF PR	25-Código CIES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia / Co-participação R\$
1.	0108101001301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	0,10	
2.	0108401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,10	0,10	
3.	0108401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,10	0,10	
4.	0108401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,10	0,10	
5.	0108401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,10	0,10	
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
43-Data Fim do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
12/4/10 21/2/11		1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial		1174,10		10,10	

O Operador, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(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 12/4/10 21/2/11 Dr. Beatriz Prezotto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/4/10 21/2/11 Dr. Beatriz Prezotto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/4/10 21/2/11 Marcelo Felipe Veiga	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/4/10 21/2/11 Dr. Beatriz Prezotto
---	---	---	--

Dr. Beatriz Prezotto
CRO 29506

Dr. Beatriz Prezotto
CRO 29506

Dr. Beatriz Prezotto
CRO 29506

2-N^o473536
INTERCDados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Declaro, que após ter sido devidamente

Declaro, que após ter sido devidamente

171

171



Preparar para o dia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



473505
INTERCÂMBIO

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

8-Data do Benefício 02/02/21	9-Data de Cadastro 02/02/21	10-Data Validade da Carteira 02/02/21	11-Data Validade do Plano 02/02/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---------------------------------	--------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ISABELLA ALMEIDA FREIRE	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano CLEVERTON REGI COSTA FREIRE
------------------------------------	------------------------------	--

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Preço	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	19/02/21			Isabella
2-00	8400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1	1	49,00	0,00	0,00	19/02/21			Isabella
3-00	8400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1	1	49,00	0,00	0,00	19/02/21			Isabella
4-00	8400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	1	49,00	0,00	0,00	19/02/21			Isabella
5-00	8400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46	1	1	49,00	0,00	0,00	19/02/21			Isabella
6-00	8400112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ	1	1	1	76,00	0,00	0,00	19/02/21			Isabella
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Exame Radiológico	47-Exame Radiológico	48-Exame Radiológico	49-Exame Radiológico	50-Exame Radiológico	51-Exame Radiológico	52-Exame Radiológico	53-Exame Radiológico	54-Exame Radiológico	55-Exame Radiológico
	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fracturação	1-Total	2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$
						3,00	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
49-Observação												

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 no 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.

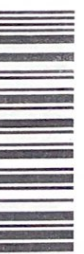
50-Data, local e Assinatura do Corretor/Executor 19/02/21 Isabella	51-Data, local e Assinatura do Corretor/Executor 19/02/21 Isabella	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 Isabella	53-Data, local e Assinatura do Corretor/Executor 19/02/21 Isabella	54-Data, local e Assinatura do Corretor/Executor 19/02/21 Isabella
--	--	---	--	--

Dra Beatriz Prezotto



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



484543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/04/10 12:11	3-Data de Autorização 12/04/10 12:11	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8329765	6-Data Validade da Sentença 12/05/10 15:12
7-Data Validade da Sentença 12/05/10 15:12		8-Número da Carteira 010120125339244000515001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	
10-Endereço COOPERVAL COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/10/2002		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KAROLINE DE ARAUJO ARTILES		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano KAROLINE DE ARAUJO ARTILES	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 29506	
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01776912481930		20-Nome do Contratado Executante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA		21-Número no CRO 29506	
22-Nome do Profissional Executante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 29506		24-UF PR	
25-Código CBO S 025 -		26-Código CNES 018201286-48		27-UF PR	
28-UF PR		29-Código CBO S 018201286-38		30-Valor PR	

30-1. Análise	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	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	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34	0,00			09/02/11		Karoline
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO				5	0,00			09/02/11		Karoline
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO				5	0,00			09/02/11		Karoline
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO				5	0,00			09/02/11		Karoline
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO				5	0,00			09/02/11		Karoline
6-0	0	REMOÇÃO DE DENTES				6	0,00			09/02/11		Karoline
7-0	0	REMOÇÃO DE DENTES				6	0,00			09/02/11		Karoline
8-1						1	0,00			09/02/11		Karoline
9-1						1	0,00			09/02/11		Karoline
10-1						1	0,00			09/02/11		Karoline
11-1						1	0,00			09/02/11		Karoline
12-1						1	0,00			09/02/11		Karoline
13-1						1	0,00			09/02/11		Karoline
14-1						1	0,00			09/02/11		Karoline
15-1						1	0,00			09/02/11		Karoline

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-1	1-Total 2-Parcial	89,60	10,00	

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 da 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
14/10/12/11 Dr.ª Beatriz Prezotto Cirurgia Dentista CRO 29506	14/10/12/11 Dr.ª Beatriz Prezotto Cirurgia Dentista CRO 29506	09/10/2011 Karoline	14/10/12/11 Karoline Cirurgia Dentista CRO 29506



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



495283
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/03	4-Data de Autorização 10/09/03	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8371964	7-Data Validade da Senha 10/07/06
8-Número da Carteira 100120125131912141010181071011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPERVAL COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THAIS MANOEL FERREIRA					
14-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 25/04/2002					
15-Nome do Profissional Substituente N	16-Atendimento a RN BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	17-Nome do Profissional Substituente BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 29506	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1077692148930	22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 29506	24-UF PR	25-Código CNES (1) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante BEATRIZ PREZOTTO MIRANDA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 29506	28-UF PR	29-Código CBO S		

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1-10	01101010130	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34	1,00					
2-10	01814010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			35	1,00					
3-10	01814010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			35	1,00					
4-10	01814010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			35	1,00					
5-10	01814010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			35	1,00					
6-10	018151010210	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP		8	1,00					
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-1- Tipo de Atendimento	2-Estado Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	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, 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
15/10/2014	15/10/2014	10/09/03	15/10/2014
Beatriz Prezotto	Beatriz Prezotto	Beatriz Prezotto	Beatriz Prezotto

Dr.ª Beatriz Prezotto
Cirurgia Dentista
CRO 29506