



341951
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/2012	4-Data de Autorização 14/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7717263	7-Data Validação da Senha 18/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202520811500005001					
13-Nome MARCELO MASS DE MEDEIROS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO MASS DE MEDEIROS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 42544	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13630764770		22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		27-Número no CRO 42544	28-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE				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	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	15		1	154,00	0,00		S	14/08/2012		
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 154,00	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 14/08/2012 Ramayana H LAGE Cirurgião Dentista CRO RJ 42544	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/08/2012 Ramayana H LAGE Cirurgião Dentista CRO RJ 42544
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/2012 Marcelo Mass de Medeiros	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/08/2012 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17

Francis Mann - elemento 15 (coroa provisória temporária)





342869
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/2014	4-Data de Autorização 14/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7721388	7-Data Validade da Senha 19/10/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202520811500005001		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCELO MASS DE MEDEIROS	
13-Nome MARCELO MASS DE MEDEIROS		27/07/1966			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 42544	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	25-Código CNES
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13630764770		22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE			
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		27-Número no CRO 42544	28-UF RJ	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	14/08/2014		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	14/08/2014		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	14/08/2014		
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 183,00	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 14/08/2014 Ramayana H. Lage CRO RJ 42544	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/08/2014 Ramayana H. Lage CRO RJ 42544	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/2014 Marcelo Mass de Medeiros	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/08/2014 Rio das Ostras Odonto
---	---	---	--

Ramayana H. Lage
Cirurgião-Dentista
CRO RJ 42544

Ramayana H. Lage
Cirurgião-Dentista
CRO RJ 42544

Rio das Ostras Odonto
CNPJ - 32423372/0001-17



342854
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/07/12/0	4-Data de Autorização 12/11/07/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177952	7-Data Validade da Senha 19/11/07/12/0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000022223340	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704202238859182
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome ELIANI DE SOUZA VIEIRA LIMA	14-Telefone 03/05/1964	15-Nome do titular do plano ELIANI DE SOUZA VIEIRA LIMA
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	18-Número no CRO 42544	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13630764770	22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	27-Número no CRO 42544	28-UF RJ	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00		S	12/08/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	12/08/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	12/08/20		
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 183,00	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 12/10/2019 Ramayana H Lage Cirurgião Dentista CRO RJ 42544	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2019 Ramayana H Lage Cirurgião Dentista CRO RJ 42544	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2019 Lage	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2019 Rio das Ostras Odont CNPJ - 32423372/0001-17
--	--	---	--



347599
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2012	4-Data de Autorização 12/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179830	7-Data Validade da Senha 12/07/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000027915720	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IGREJA INTERNACION	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003830704858
13-Nome MARCELO QUEIROZ DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO QUEIROZ DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	18-Número no CRO 48408	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09347997684	22-Nome do Contratado Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	23-Número no CRO 48408	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS		27-Número no CRO 48408	28-UF RJ	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	12/08/2012		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	12/08/2012		
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 149,00	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 12/08/2012 Thalita N. O. Marcos Cirurgiã - Dentista CRO - RJ 48408	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2012 Thalita N. O. Marcos Cirurgiã - Dentista CRO - RJ 48408	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2012 Marcelo Queiroz dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/2012
---	---	--	---

Rio das Ostras Odonto
CNPJ - 32423372/0001-17



347185
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 7 / 2 0	4-Data de Autorização 2 1 / 0 8 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7742118	7-Data Validação da Senha 2 6 / 1 0 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 0 8 1 1 5 0 0 0 0 5 0 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOELMA CRISTINA GUIMARAES MEDEIROS		14-Telefone 07/03/1971	15-Nome do titular do plano MARCELO MASS DE MEDEIROS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	18-Número no CRO 42544	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 6 3 0 7 6 4 7 7 0	22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		27-Número no CRO 42544	28-UF RJ	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-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MOD	1	1 2 2 0 0	0 0 0		S	/ /	/ /	
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 1 2 2 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 2 1 / 0 8 / 2 0 Ramayana H. Lage Cirurgião Dentista CRO RJ 42544	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2 1 / 0 8 / 2 0 Ramayana H. Lage Cirurgião Dentista CRO RJ 42544	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2 1 / 0 8 / 2 0 Marcelo Mass de Medeiros	53-Data, local e Carimbo da Empresa 2 1 / 0 8 / 2 0 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17
---	---	---	---