



369350
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2019	4-Data de Autorização 03/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189041	7-Data Validade da Senha 02/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000027537156	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAMILA COSTA NHARY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700507134593150	
13-Nome TANIA MARTA COSTA NHARY		14-Telefone 06/12/1959	15-Nome do titular do plano CAMILA COSTA NHARY		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA	18-Número no CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03807661751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA	23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA		27-Número no CRO 24261	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
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	03/09		
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 78,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/19	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		

DR. ELIAS NEMI
REABILITAÇÃO ORAL
ESTÉTICA PRÓTESE

Tamara Manta Costa Nhary

Solicito Re paração.

Indicação: Planejamento de implantes.

Dr. Elias Roberto de A. Nemi
Cirurgião - Odontólogo
CRO RJ 22.753

03/09/10

COPACABANA

AV. N. SRA. DE COPACABANA, 788 / SALA 1205
COPACABANA • RIO DE JANEIRO • RJ
TEL (21) 2257-3915

NEMIODONTO@HOTMAIL.COM
CEL. (21) 98819-3303

BARRA DA TIJUCA

AV. PAISAGISTA JOSÉ DE AZEVEDO NETO, 200
BLOCO 6 LOJA 125, 02 CORPORATE & OFFICES
BARRA DA TIJUCA • RIO DE JANEIRO • RJ
TEL (21) 3030-2483



372357
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190222	7-Data Validade da Senha 08/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0037000027537156		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAMILA COSTA NHARY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700507134593150
13-Nome TANIA MARTA COSTA NHARY			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAMILA COSTA NHARY	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA	18-Número no CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03807661751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA	23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA		27-Número no CRO 24261	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

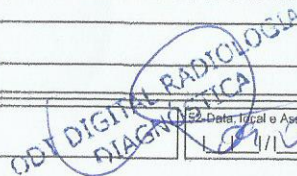
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	09/09/12		
2-												
3-												
4-												
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 222,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



DR. ELIAS NEMI

REABILITAÇÃO ORAL
ESTÉTICA PRÓTESE

TAWA MANTA Costa Nhary

Solicito Rx periapical completo com BW.

Indicar planejamento odontológico

Dr. Elias Roberto de A. Nemi
Cirurgião - Dentista
CRM-RJ 25258

09/09/20

COPACABANA

AV. N. SRA. DE COPACABANA, 788 / SALA 1205
COPACABANA • RIO DE JANEIRO • RJ
TEL (21) 2257-3915

NEMIODONTO@HOTMAIL.COM
CEL. (21) 98819-3303

BARRA DA TIJUCA

AV. PAISAGISTA JOSÉ DE AZEVEDO NETO, 200
BLOCO 6 LOJA 125, 02 CORPORATE & OFFICES
BARRA DA TIJUCA • RIO DE JANEIRO • RJ
TEL (21) 3030-2483



369496
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 03/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189110	7-Data Validade da Senha 02/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00371000022244002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703605093226037
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome ROBERTO BRASIL DE ARAUJO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBERTO BRASIL DE ARAUJO
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA	18-Número na CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03807661751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA	23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX () 81000405
--	---	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA	27-Número no CRO 24261	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	03/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

ODT DIGITAL RADIOLOGIA
DIAGNOSTICA

Dra. Cristina Maria Loureiro Aguiar Henriques
Dentística Restauradora / Odontologia Estética
CRO/RJ 20397

Roberto Brasil de Araújo

Paciente submetido com
indicação de Rx panorâmico
para investigação de
terceiros molares.

2


Cristina Maria L. A. Henriques
Cirurgiã - Dentista
CRO/RJ 20397

03/09/20

Rua do Catete, 311 - Sala 417 - Ed. São Luiz - Catete / Largo do Machado
22220-001 - Rio de Janeiro - RJ - Fone: (21) 3442.0856 - ☎ 99349.4968
E-mail: cristina.dentista@yahoo.com.br