

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2513916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
400414

3-Data de Emissão do Guia
12/11/10/12/15

4-Data de Autorização
12/11/10/12/15

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
14515982

8-Número da Carteira
010120121512354380000101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
702409534084421

13-Nome
BARBARA VIEIRA MARQUES

20/08/1998

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
BARBARA VIEIRA MARQUES

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
Alameda a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
RADIOLOGISTICO

18-Número no CRO
1968

19-UF
DF

20-Código CBO S
09

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
121691851161800002718

22-Nome do Contratado Executante
RADIO - RADIOLOGISTICO EM ODONTOLOGIA

23-Número no CRO
1968

24-UF
DF

25-Código CNES
6437141

26-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante
ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

27-Número no CRO
1968

28-UF
DF

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela 31-Código do Procedimento
1-00018100004211 RX PERIAPICAL

32-Descrição
RMIE

33-Dente/Régio
1

34-Face
1

35-Cid
14

36-Quantidade US
0

37-Valor
0,00

38-Franchise/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
0,00

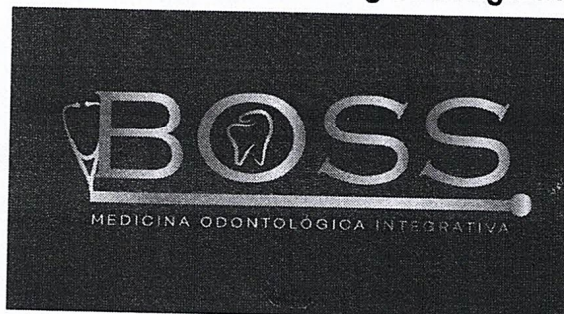
40-Data de Realização
30/10/2025

41-Motivo da Guia
2513916

42-Assinatura
Barbara Vieira Marques

1.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: Barbara Vieira Marques

Solicitação de exame

Solicito periapicaldo dente 36

Justificativa: para verificar possivel tratamento endodontico

Esse exame não é feito pela Clínica Odontológica Boss pois não tem o equipamento necessário.

Marcelo Mendonça

CRO/DF 1598

Brasília; 21/10/2025

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2515910
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/11 10/12/15	4-Data de Autorização 12/12/11 10/12/15	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14523517	7-Data Validade da Senha 12/11/12/12/15
8-Número da Carteira 0101201251812061919000101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/11/12/12/15	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome AMAUURI DE AZEVEDO NERI	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano AMAUURI DE AZEVEDO NERI	16-Atendimento a RN RADIO/ODONTOLÓGICO	17-Nome do Profissional Solicitante N	18-Data Validade da Guia 17/10/1964
21-Código na Opandora / CIPJ / CIPF 126985161810001278	22-Nome do Contratado Exequente RADIO - RADIO/ODONTOLÓGICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1968	24-UF DF	25-Código CNES 6437141	26-Nome do Profissional Exequente ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US
1-00018110004051	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78100	0,00
2-00018110004211	RX PERIAPICAL	RIS	1	14100	0,00
3-00018110004211	RX PERIAPICAL	RIL	1	14100	0,00
4-0001811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14100	0,00
5-0001811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14100	0,00
6-0001811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14100	0,00
7-0001811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14100	0,00
8-0001811000375					
9-0001811000375					
10-0001811000375					
11-0001811000375					
12-0001811000375					
13-0001811000375					
14-0001811000375					
15-0001811000375					
16-0001811000375					
17-0001811000375					
18-0001811000375					
19-0001811000375					
20-0001811000375					
21-0001811000375					
22-0001811000375					
23-0001811000375					
24-0001811000375					
25-0001811000375					
26-0001811000375					
27-0001811000375					
28-0001811000375					
29-0001811000375					
30-0001811000375					
31-0001811000375					
32-0001811000375					
33-0001811000375					
34-0001811000375					
35-0001811000375					
36-0001811000375					
37-0001811000375					
38-0001811000375					
39-0001811000375					
40-0001811000375					
41-0001811000375					
42-0001811000375					
43-0001811000375					
44-0001811000375					
45-0001811000375					
46-0001811000375					
47-0001811000375					
48-0001811000375					
49-0001811000375					
50-0001811000375					
51-0001811000375					
52-0001811000375					
53-0001811000375					
54-0001811000375					
55-0001811000375					
56-0001811000375					
57-0001811000375					
58-0001811000375					
59-0001811000375					
60-0001811000375					
61-0001811000375					
62-0001811000375					
63-0001811000375					
64-0001811000375					
65-0001811000375					
66-0001811000375					
67-0001811000375					
68-0001811000375					
69-0001811000375					
70-0001811000375					
71-0001811000375					
72-0001811000375					
73-0001811000375					
74-0001811000375					
75-0001811000375					
76-0001811000375					
77-0001811000375					
78-0001811000375					
79-0001811000375					
80-0001811000375					
81-0001811000375					
82-0001811000375					
83-0001811000375					
84-0001811000375					
85-0001811000375					
86-0001811000375					
87-0001811000375					
88-0001811000375					
89-0001811000375					
90-0001811000375					
91-0001811000375					
92-0001811000375					
93-0001811000375					
94-0001811000375					
95-0001811000375					
96-0001811000375					
97-0001811000375					
98-0001811000375					
99-0001811000375					
100-0001811000375					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/12/11 10/12/15
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15
98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 10/12/15	99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 12/12/11 10/12/15	100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15	101-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 10/12/15

CLÍNICA: Odonto Clínica Candanga
ENDEREÇO: Quadra QR.3 Módulo 2, sala 101 - Candangolândia
Telefone: (61) 98110-2579 ou (61) 3301-8466

E-MAIL: odontoclinicacandanga@gmail.com

PACIENTE: AMAURI DE AZEVEDO NERI

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOLOGIA PARCEIRA: RÁDIO DIAGNÓSTICO (61) 3963-9898 SEGUEM OS PREÇOS SUGERIDOS

- () RADIOGRAFIA PERIAPICAL DO DENTE: (avaliar restaurações, cáries e estrutura dental) R\$25.00
- (X) RADIOGRAFIA PANORÂMICA (avaliar arcada dentária e ATM) R\$65.00
- (X) RADIOGRAFIA PERIAPICAL DE INCISIVOS SUP/INF (avaliar restaurações, cáries e estrutura dental) R\$25.00
- () RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA IMPLANTES (avaliar medida óssea) R\$100.00
- (X) RADIOGRAFIAS INTERPROXIMAIS DE (avaliar restaurações, cáries e adaptação marginal)
 - (X) MOLARES DIR/ESQ R\$50.00
 - (X) PRÉ-MOLARES DIR/ESQ R\$50.00
- () DOC 2 = PAN + TELE + 4 INTERPROXIMAIS + 2 PERIAPICAIS DE INCISIVOS SUP/INF + 8 FOTOS + UNESP (avaliar proporção óssea e dentária, registrar imagens prévias ao tratamento e planejar a conduta ortodôntica) R\$175.00
- () DOC OCC = PAN P/ IMPLANTES + TELE + 4 INTERPROXIMAIS + 2 PERIAPICAIS DE INCISIVOS SUP/INF + 8 FOTOS + UNESP (avaliar proporção óssea e dentária, registrar imagens prévias ao tratamento e planejar a conduta ortodôntica) R\$205.00
- () TOMOGRAFIA DO DENTE: (avaliar furca, cárie radicular, fratura radicular, contato com o nervo) R\$165.00
- () TOMOGRAFIA SEM IMPRESSÃO (arquivo dental slice)
 - () MAXILA R\$125.00
 - () MANDÍBULA R\$125.00

Em caso de não cobertura em algum dos exames solicitados, favor realizar os que forem autorizados e encaminhar os arquivos digitais para o e-mail da clínica.

21/10/2025

Dr. Ronan Rabelo Tavares da Câmara
Cirurgião Dentista
CRO-DF 9002

Ronan Rabelo CRO-DF 9002

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/06/10 4-Dia de Autorização 12/10/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14498360 7-Dia Validade da Sentença 11/05/11 8-Número do Cartão Nacional de Saúde 2506037 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10021025124244400000010101 9-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados 10-Endereço da Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12/10/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 2506037

13-Nome CLEYTON CESAR DE MACEDO MENEZES 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano CLEYTON CESAR DE MACEDO MENEZES 16-Data Validade da Carteira 17/02/1991 18-Número no CRO 1968 19-UF DF 20-Código CRO S 09 21-Código na Operadora / CUP / CPF 1216918511680002778 22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA 23-Número no CRO 1968 24-UF DF 25-Código CNEB 6437141 26-Código CRO S 1968 27-Número no CRO 1968 28-UF DF 29-Código CRO S 1968

30-Tabela 31-Código de Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Rugão 34-Fraco 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Dia de Realização 41-Motivo da Obra 42-Assinatura 1-01018110002941 LEVANTAMENTO 2-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- RMD 3-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- RPD 4-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- RPE 5-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- RME 6-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- 7-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- 8-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- 9-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- 10-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- 11-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- 12-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- 13-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- 14-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE- 15-10108110003755 RX INTERPROXIMAL - BITE-

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorização 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.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa



Solicitação de Radiografia

Paciente: *Cleyton César Macedo Menezes*

Solicito radiografia periapical total para avaliação periodontal e endodôntica.

Interproximais de molares e pré-molares direito e esquerdo para avaliação de lesões cáries interproximais.

Brasília, 15 de outubro de 2025

Dr. Marcus Mattos Scherrer
Periodontia e Implantodontia
CRO/DF 2096 IE315

SDS Shopping Conjunto Nacional sala 4079, torre
amarela Tel: 61 3963-1415
E-mail : clinidentalle@gmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 01/25	4-Data de Autorização 10/09/11 01/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14467203	7-Data Validade da Senha 10/17/11 12/12/15
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

2496157
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01012002511118592100608181031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FARMACIA E DROGARIA NISSEI SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional do Seguro
---	--------------------------------	---	---	--

13-Nome CORACI MARIA BARBOSA PAZ	14-Teléfono 01/03/1973	15-Data Validade da Carteira BRUNO HENRIQUE BARBOSA PAZ
-------------------------------------	---------------------------	--

16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIO DIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09
-----------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 121691815116810101021718	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIO DIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1968	24-UF DF	25-Código CNES 6437141
---	--	--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	27-Número no CRO 1968	28-UF DF	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela 81-Código de Procedimento 11010811000401051	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Fraco 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 7,8,10,10	37-Valor 0,010	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,010	39-Aut 0,010	40-Data de Realização 10/25/11	41-Motivo da Guia 42-Assinatura Empres
---	--	----------------------	---------------	-------------	-------------------------------	-------------------	--	-----------------	-----------------------------------	--

210108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
-----------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

310108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
-----------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

410108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
-----------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

510108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
-----------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

610108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
-----------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

710108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
-----------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

810108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
-----------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

910108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
-----------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

1010108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
------------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

1110108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
------------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

1210108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
------------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

1310108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
------------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

1410108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
------------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

1510108110003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,010	0,010	0,010	10/25/11	Empres
------------------	--------------------------	---	---	---	----------	-------	-------	-------	----------	--------

43-Data Pagamento do Tratamento 10/11/11 01/25	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Quota Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1120,010	47-Valor Total R\$ 10,010	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	------------------------------------	------------------------------	---

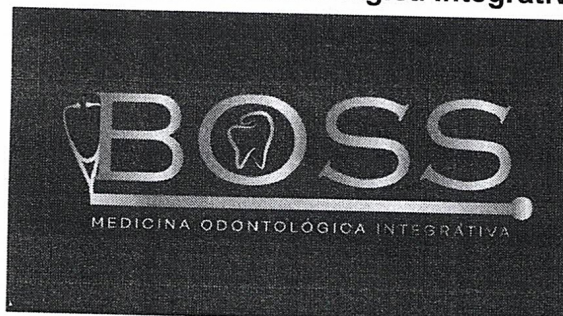
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

Assinatura do Operador
Assinatura do Profissional Solicitante
Assinatura do Contratado Executante

Assinatura do Contratado Executante
Assinatura do Contratado Executante
Assinatura do Contratado Executante

Assinatura do Contratado Executante
Assinatura do Contratado Executante
Assinatura do Contratado Executante

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE Coraci Maria Barbosa Paz

Solicitação de exame

Solicito panorâmica

Justificativa: para avaliar possíveis exodontias

Solicito bite wing de molares esquerdo e direito

Justificativa: para avaliar cáries interproximais

Esse exame não é feito pela Clínica Odontológica Boss pois não tem o equipamento necessário.


Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Marcelo Mendonça

CRO/DF 15987

Brasília; 08/10/2025

2-N-



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	
408414		11/01/2015		11/01/2015		AUTORIZADO		14493521		11/01/2015	
8-Número da Carteira											
01012101215017811190010113081											
9-Plano											
POS REDE PRESTADORA											
10-Empresa											
COPACOL COOP AGRONEINDUSTRIAL											
11-Data Validade da Carteira											
12-Data Validade da Carteira											
13-Data Validade da Carteira											
14-Data Validade da Carteira											
15-Data Validade da Carteira											
16-Data Validade da Carteira											
17-Data Validade da Carteira											
18-Data Validade da Carteira											
19-Data Validade da Carteira											
20-Data Validade da Carteira											
21-Data Validade da Carteira											
22-Data Validade da Carteira											
23-Data Validade da Carteira											
24-Data Validade da Carteira											
25-Data Validade da Carteira											
26-Data Validade da Carteira											
27-Data Validade da Carteira											
28-Data Validade da Carteira											
29-Data Validade da Carteira											
30-Data Validade da Carteira											
31-Data Validade da Carteira											
32-Data Validade da Carteira											
33-Data Validade da Carteira											
34-Data Validade da Carteira											
35-Data Validade da Carteira											
36-Data Validade da Carteira											
37-Data Validade da Carteira											
38-Data Validade da Carteira											
39-Data Validade da Carteira											
40-Data Validade da Carteira											
41-Data Validade da Carteira											
42-Data Validade da Carteira											
43-Data Validade da Carteira											
44-Data Validade da Carteira											
45-Data Validade da Carteira											
46-Data Validade da Carteira											
47-Data Validade da Carteira											
48-Data Validade da Carteira											
49-Data Validade da Carteira											
50-Data Validade da Carteira											
51-Data Validade da Carteira											
52-Data Validade da Carteira											
53-Data Validade da Carteira											
54-Data Validade da Carteira											
55-Data Validade da Carteira											
56-Data Validade da Carteira											
57-Data Validade da Carteira											
58-Data Validade da Carteira											
59-Data Validade da Carteira											
60-Data Validade da Carteira											
61-Data Validade da Carteira											
62-Data Validade da Carteira											
63-Data Validade da Carteira											
64-Data Validade da Carteira											
65-Data Validade da Carteira											
66-Data Validade da Carteira											
67-Data Validade da Carteira											
68-Data Validade da Carteira											
69-Data Validade da Carteira											
70-Data Validade da Carteira											
71-Data Validade da Carteira											
72-Data Validade da Carteira											
73-Data Validade da Carteira											
74-Data Validade da Carteira											
75-Data Validade da Carteira											
76-Data Validade da Carteira											
77-Data Validade da Carteira											
78-Data Validade da Carteira											
79-Data Validade da Carteira											
80-Data Validade da Carteira											
81-Data Validade da Carteira											
82-Data Validade da Carteira											
83-Data Validade da Carteira											
84-Data Validade da Carteira											
85-Data Validade da Carteira											
86-Data Validade da Carteira											
87-Data Validade da Carteira											
88-Data Validade da Carteira											
89-Data Validade da Carteira											
90-Data Validade da Carteira											
91-Data Validade da Carteira											
92-Data Validade da Carteira											
93-Data Validade da Carteira											
94-Data Validade da Carteira											
95-Data Validade da Carteira											
96-Data Validade da Carteira											
97-Data Validade da Carteira											
98-Data Validade da Carteira											
99-Data Validade da Carteira											
100-Data Validade da Carteira											

50-Diagn. local e Assinalatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

ET/10/21

51-D-1a, local e Assinatura de cirurgião-Doutor

51-D-1a, local e Assinatura de cirurgião-Doutor

52. Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52. Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dala, local o Carimbo da Empresa

53-Dala, local o Carimbo da Empresa



Solicitação de Radiografia

Paciente: *Adrielle da Costa Gomes*

Solicito radiografia periapical da região dos dentes 18 e 28, 38 e 48 para avaliação pós operatória.

Brasília, 15 de outubro de 2025

Dr. Márcio Martins Scherer
Pneumologia e Imunologia
CRM 100.123

SDS Shopping Conjunto Nacional sala 4079, torre
amarela Tel: 61 3963-1415
E-mail : clinidentalle@gmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



2506453
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 4-Data de Autorização 11/06/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 1449572 7-Data Validade da Sentença 11/05/11 12/02/11

8-Número da Carteira 10102025112411702000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/06/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702005300687783

13-Nome FELIPE GUANABARA DE ANDRADE 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano FELIPE GUANABARA DE ANDRADE

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO 18-Número no CRO 1968 19-UF DF 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12161918151161810101021718 22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA 23-Número no CRO 1968 24-UF DF 25-Código CNES 6437141 26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO 27-Número no CRO 1968 28-UF DF 29-Código CBO S 223260 025 - Faturar Empresa

30-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 Guia	42-Assinatura
1-0	0810004211	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	16/10/25	Arlette A. Marcilio	
2-0	0810004211	RX PERIAPICAL	RIL		1	14,00	0,00		S	16/10/25	Arlette A. Marcilio	
3-0	0810004211	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	16/10/25	Arlette A. Marcilio	
4-0	0810004211	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	16/10/25	Arlette A. Marcilio	
5-									S	16/10/25	Arlette A. Marcilio	
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento 16/10/11 44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 56,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 11/06/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/06/11

Dr. Arlette A. Marcilio
Radiologista
CRO-DF 1968

CRO-DF 1968

CLÍNICA: Odonto Clínica Candanga

ENDEREÇO: Quadra QR.3 Módulo 2, sala 101 - Candangolândia

Telefone: (61) 98110-2579 ou (61) 3301-8466

E-MAIL: odontoclinicacandanga@gmail.com

PACIENTE: FELIPE GUANABARA DE ANDRADE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOLOGIA PARCEIRA: RÁDIO DIAGNÓSTICO (61) 3963-9898 SEGUEM OS PREÇOS SUGERIDOS

- () RADIOGRAFIA PERIAPICAL DO DENTE: (avaliar restaurações, cáries e estrutura dental) R\$25.00
- () RADIOGRAFIA PANORÂMICA (avaliar arcada dentária e ATM) R\$65.00
- (X) RADIOGRAFIA PERIAPICAL DE INCISIVOS SUP/INF (avaliar restaurações, cáries e estrutura dental) R\$25.00
- () RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA IMPLANTES (avaliar medida óssea) R\$100.00
- () RADIOGRAFIAS INTERPROXIMAIS DE (avaliar restaurações, cáries e adaptação marginal)
 - () MOLARES DIR/ESQ R\$50.00
 - () PRÉ-MOLARES DIR/ESQ R\$50.00
- () DOC 2 = PAN + TELE + 4 INTERPROXIMAIS + 2 PERIAPICAIS DE INCISIVOS SUP/INF + 8 FOTOS + UNESP (avaliar proporção óssea e dentária, registrar imagens prévias ao tratamento e planejar a conduta ortodôntica) R\$175.00
- () DOC OCC = PAN P/ IMPLANTES + TELE + 4 INTERPROXIMAIS + 2 PERIAPICAIS DE INCISIVOS SUP/INF + 8 FOTOS + UNESP (avaliar proporção óssea e dentária, registrar imagens prévias ao tratamento e planejar a conduta ortodôntica) R\$205.00
- () TOMOGRAFIA DO DENTE: (avaliar furca, cárie radicular, fratura radicular, contato com o nervo) R\$165.00
- () TOMOGRAFIA SEM IMPRESSÃO (arquivo dental slice)
 - () MAXILA R\$125.00
 - () MANDÍBULA R\$125.00

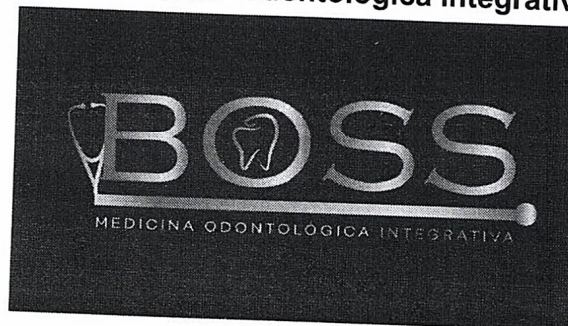
Em caso de não cobertura em algum dos exames solicitados, favor realizar os que forem autorizados e encaminhar os arquivos digitais para o e-mail da clínica.

16/10/2025


Dr. Ronan Rabelo Taranga da Câmara
Cirurgião Dentista
CRO-DF 9002

Ronan Rabelo CRO-DF 9002

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: Bárbara Vieira Marques

Solicitação de exame

Solicito periapical

Justificativa: radiografia final dente 46 realizado tratamento endodôntico

Esse exame não é feito pela Clínica Odontológica Boss pois não tem o equipamento necessário.

Marcelo Mendonça
Dr. Marcelo Mendonça
CRO/DF 15987
Brasília; 04/10/2025

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

22

[illegible]

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-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	14,00	0,00			5102	10/25		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Fracionamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

reiterantes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dado, local e Assinatura do Bancário / Responsável

53-Dado, local e Carimbo da Empresa

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: DANIEL BEZERRA FARIAS

Solicitação de exame

Solicito periapical do dente 27

Justificativa: para verificar finalização de tratamento endodôntico

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Marcelo Mendonça

Brasília; 25/09/2025