

Paciente: Eva Vieira Florencio Costa.

SOLICITO:

- Radiografia panorâmica digital - TOPO.
- Radiografias interproximais de pré-molares e molares (lado direito e esquerdo).
- Radiografias periapicais das unidades 12, 47 e 38.

- PARA ANÁLISE CLÍNICA.

Dra Sarah Araujo
Cirurgiã Dentista
CRO - 11268

Dra Sarah Araujo

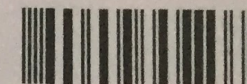
26/01/2022

Av. Eixo Urbano Central, Nº 7, Centro, Camaçari-BA.
(71) 3040-0590



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

934539
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9763164	7-Data Validade da Guia 04/10/2012
8-Número da Carteira 00202547085000000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome HEVELEN SOUZA OLIVEIRA BEZERRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano HEVELEN SOUZA OLIVEIRA BEZERRA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02517478597			22-Nome do Contratado Executante PAULA SILVA MORAES	18-Número no CRO 10506	19-UF BA
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES			27-Número no CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO S 09
23-Número no CRO 10506					
24-UF BA					
25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (f) 81000405					

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			05/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/2012	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Faturamento 1	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 05/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

S.O.S

Serviços Odontológicos Salvador S/C Ltda

Sr^o Helen Souza Oliveira Bezerra

Rx

- Rx panorâmico de topo
Cl landro p/ avaliação e
conclusões do diagnóstico (paciente
Cl guera de dor)

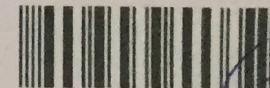
SSA 05104122

Quarta

Nilma M^a Seixas Mattos
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 1596

Praça da Revolução, nº 225, 1º andar - Periperi - Tel.: (71) 3521-1253 / 98101-2991

CNPJ: 13.205.216/0001-35



942715
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 1 0 4 / 2 2	4-Data de Autorização 1 2 / 1 0 4 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9788736	7-Data Validade da Senha 1 1 / 1 0 7 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 5 1 6 7 9 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANA GLAUCIA TORRES COSTA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA GLAUCIA TORRES COSTA		14-Telefone 13/11/1972	15-Nome do titular do plano ANA GLAUCIA TORRES COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 5 1 7 4 7 8 5 9 7	22-Nome do Contratado Executante PAULA SILVA MORAES	23-Número no CRO 10506	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

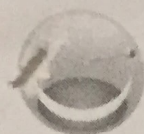
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0	0 0 0			12/04/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/04/22	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 7 8 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 12/04/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/04/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/04/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



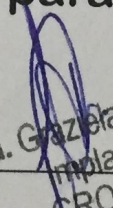
White

ODONTOLOGIA NO SEU TEMPO

Solicitação de Estudo Radiológico

DATA: 12 de 02

Solicitamos para o paciente ANA GLAUCIA TORRES COSTA,
Radiografia Panorâmica Topo, para fins Odontológicos.

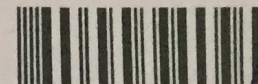

Dra. Graziela de Abreu Reiff
Implantodontia
CRO-BA 10843

White Odonto Clinica

Rua Coronel Almerindo Rehem, Ed. Bahia Executive Center, 82 Sala 1403 Caminho das Arvores tel.: (71) 3342-3332
CNPJ 13.303.025/0001-06

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



954151
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/22	4-Data de Autorização 22/10/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9820712	7-Data Validade da Senha 21/07/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254747190000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FLAVIA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FLAVIA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02517478597	22-Nome do Contratado Executante PAULA SILVA MORAES	23-Número no CRO 10506	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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			22/10/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de previsão Término do Tratamento 22/10/22	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Tratamento 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Andréa Davyde
Radiologista
CROBA 8195

Relatório da
Silva



CLÍNICA SAÚDE DA BOCA
CLÍNICA – CIRURGIA – PRÓTESE
Dra Márcia Leal do Nascimento

Como colega:
Edinho que a Gra Flávia
de Silva ex ginecologista com
doença.

Márcia Leal do Nascimento
Cirurgiã - Dentista
CRO-3785 BA

Márcia Leal do Nascimento

CIRURGIÃ DENTISTA
SALVADOR-BA

DE *22* *de* *Setembro* *de* *2022*

Avenida Sete de Setembro, Edif. Fundação
Politécnica sala 111 bloco B. Tel: (71)3329-3181/3329-2089



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/04/22	4-Data de Autorização 20/04/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9815317	7-Data Validade da Senha 19/07/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

952190
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EVAN CARLOS LIMA SOARES				14-Telefone 14/06/1973		15-Nome do titular do plano EVAN CARLOS LIMA SOARES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 10506		19-UF BA		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		23-Número no CRO 10506		24-UF BA		25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02517478597		22-Nome do Contratado Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506		28-UF BA		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES									

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	20/04/22		Em
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/04/22	44-Tipo de Atendimento 2	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 20/04/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/22 Dra. André Dayube CROBA 8195	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/22 Dra. André Dayube Radiologista CROBA 8195
---	---	---	--

Dra. Maria de Fátima Oliveira S. Ribeiro
Cirurgiã Dentista

Requisitos

Rx para exame de
Edvan Carlos Lique Sopris

Salvador, 20 de abril 2022

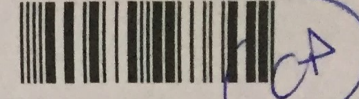
Maria de Fátima O. S. Ribeiro
Cirurgiã Dentista
CROBA 2990/BA

Dra Maria de Fátima Oliveira Silva Ribeiro
CROBA 2990/BA

Consultório: Relógio São Pedro, Edf. Br. Rio Branco,
3º Andar Sala 306 – **991989180**
Tel. 3242-2079 - Salvador BA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



866779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/02/22	4-Data de Autorização 05/04/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9553289	7-Data Validade da Senha 08/05/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202544926700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EVA VIEIRA FLORENCIO COSTA	14-Telefone 28/07/1961	15-Nome do titular do plano EVA VIEIRA FLORENCIO COSTA
---------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RPD
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02517478597	22-Nome do Contratado Executante PAULA SILVA MORAES	23-Número no CRO 10506	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO S	

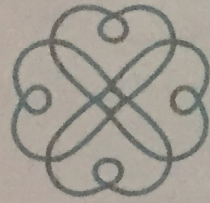
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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			05/04/22		Eva
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			05/04/22		Eva
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			05/04/22		Eva
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			05/04/22		Eva
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			05/04/22		Eva
6	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			05/04/22		Eva
7	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			05/04/22		Eva
8	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			05/04/22		Eva
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/04/22	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Faturamento 1	46-Total Quantidade US 176,00	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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 05/04/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Andrea Dayube Radiologista CROBA 8195	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/22, Eva J. F. Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------



SARAH
ARAÚJO

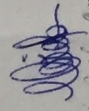
CENTRO ODONTOMÉDICO

Paciente: Eva Vieira Florencio Costa.

SOLICITO:

- Radiografia panorâmica digital - TOPO.
- Radiografias interproximais de pré-molares e molares (lado direito e esquerdo).
- Radiografias periapicais das unidades 12, 47 e 38.

- PARA ANÁLISE CLÍNICA.


Dr^a Clarice Carolina Araújo da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO-BA nº 10284

Dr^a. Clarice Carolina
03/03/2022

Av. Eixo Urbano Central, Nº 7, Centro, Camaçari-BA.
(71) 3040-0590