



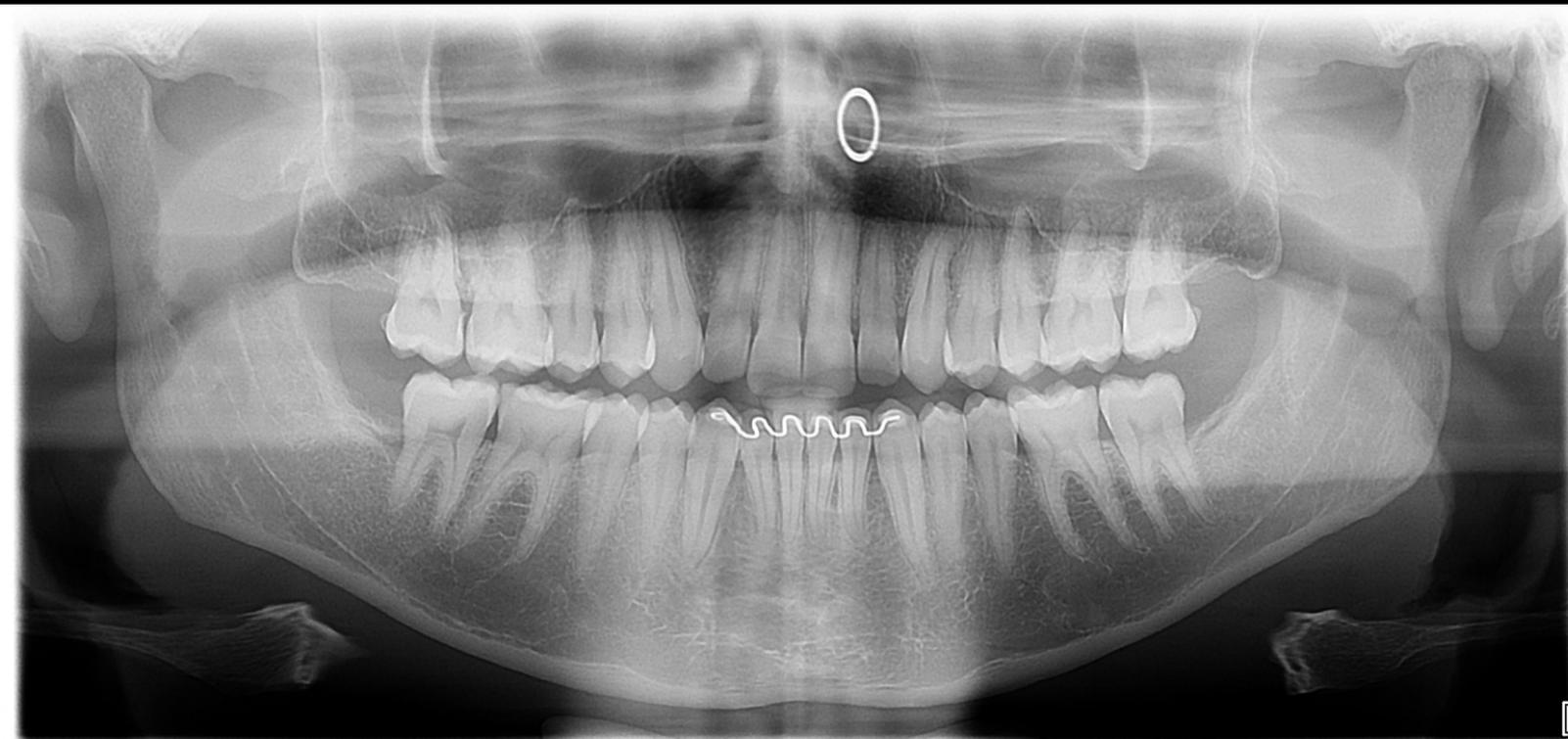
Atendimento: **395259**

Data: **07/08/2025**

Paciente: **RODRIGO DE SOUSA AMARAL**

Nascimento: **11/11/1989 - 35 anos e 8 meses**

Indicação: **Dr Ronan Rabelo T. da Câmara**



CRANEXI



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.  
Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.  
Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.

Radiodiagnóstico - Asa Sul



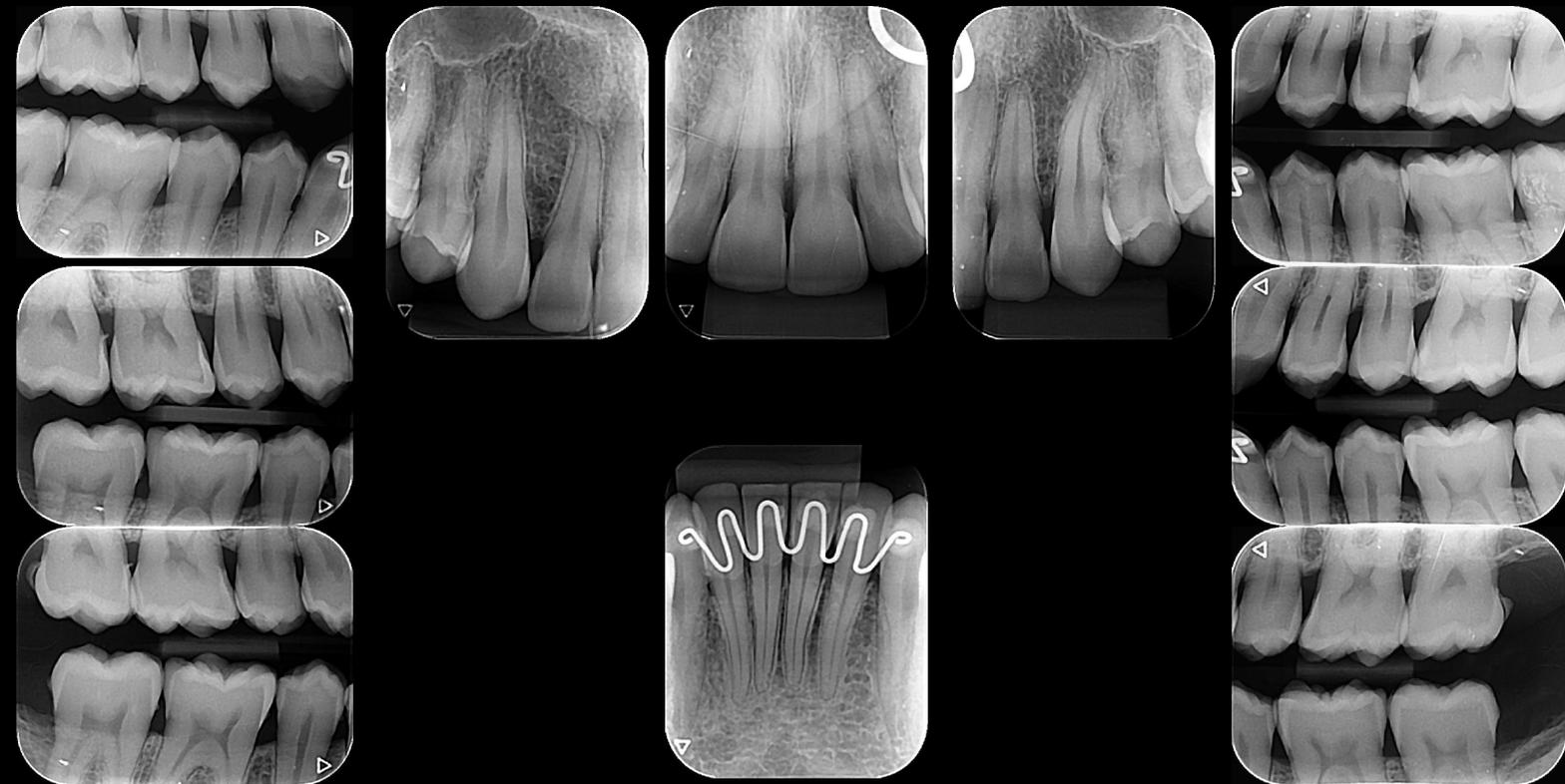
Atendimento: 395259

Data: 07/08/2025

Paciente: **RODRIGO DE SOUSA AMARAL**

Nascimento: 11/11/1989 - 35 anos e 8 meses

Indicação: **Dr Ronan Rabelo T. da Câmara**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.

Radiodiagnóstico - Asa Sul



Atendimento: **395312**

Data: **07/08/2025**

Paciente: **LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA**

Nascimento: **26/07/1985 - 40 anos**

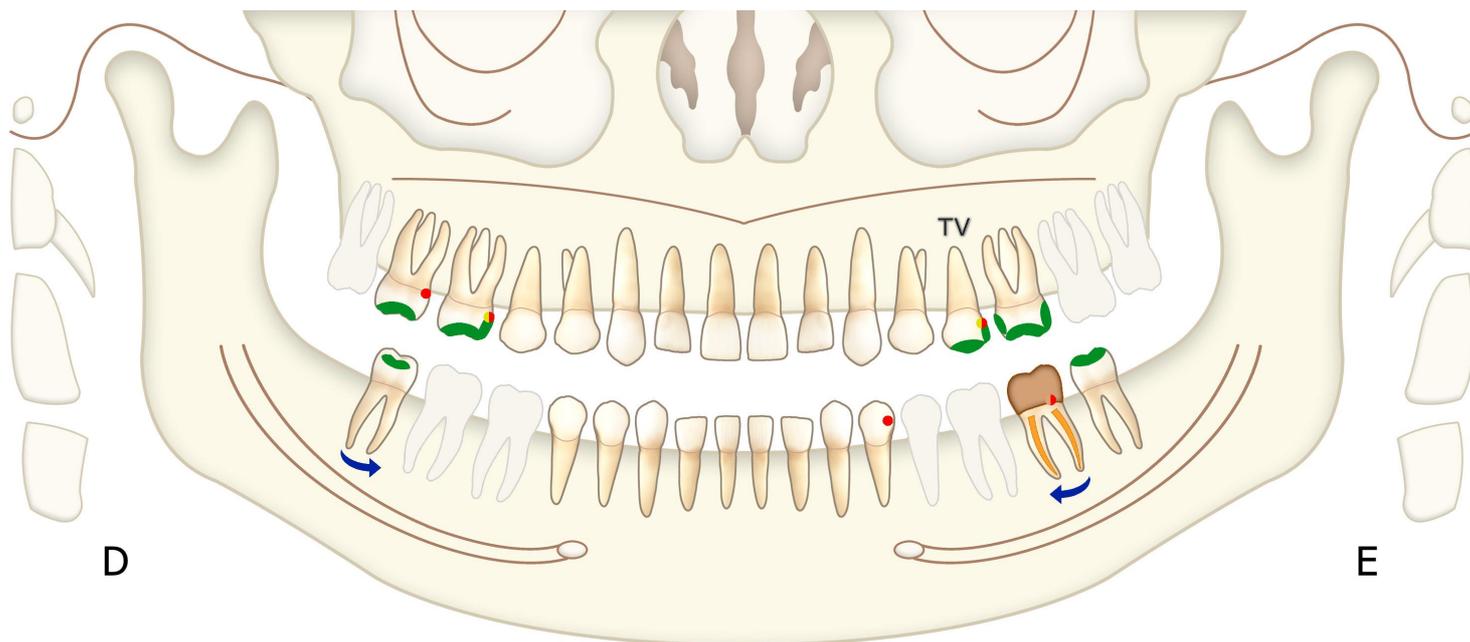
Indicação: **Dra Caroline Dourado**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente ausente		Cárie		Presença de coroa protética
	Conduto radicular obturado		Restauração radiopaca		Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie
	Teste de vitalidade pulpar		Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie		Dente méso angulado / disto angulado

### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Interproximal.

Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações e coroas estéticas.

Sugere-se radiografia periapical, para melhor avaliação radicular.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Ausência na região dos dentes 18, 27, 28, 36, 35, 46 e 47.
- Cárie nos dentes 17 e 34.
- Presença de coroa protética no dente 37.
- Conduto radicular obturado no dente 37.
- Restauração radiopaca nos dentes 17, 16, 25, 26, 38 e 48.
- Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie nos dentes 16 e 25.
- Teste de vitalidade pulpar.
- Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie no dente 37.
- Angulação mesial / distal dos dentes 37 e 48.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA



Atendimento: **395312**

Data: **07/08/2025**

Paciente: **LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA**

Nasc: **26/07/1985 - 40 anos**

Indicação: **Dra Caroline Dourado**

CPF: **003.953.701-32**

---

CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.





Atendimento: **396914**

Data: **23/08/2025**

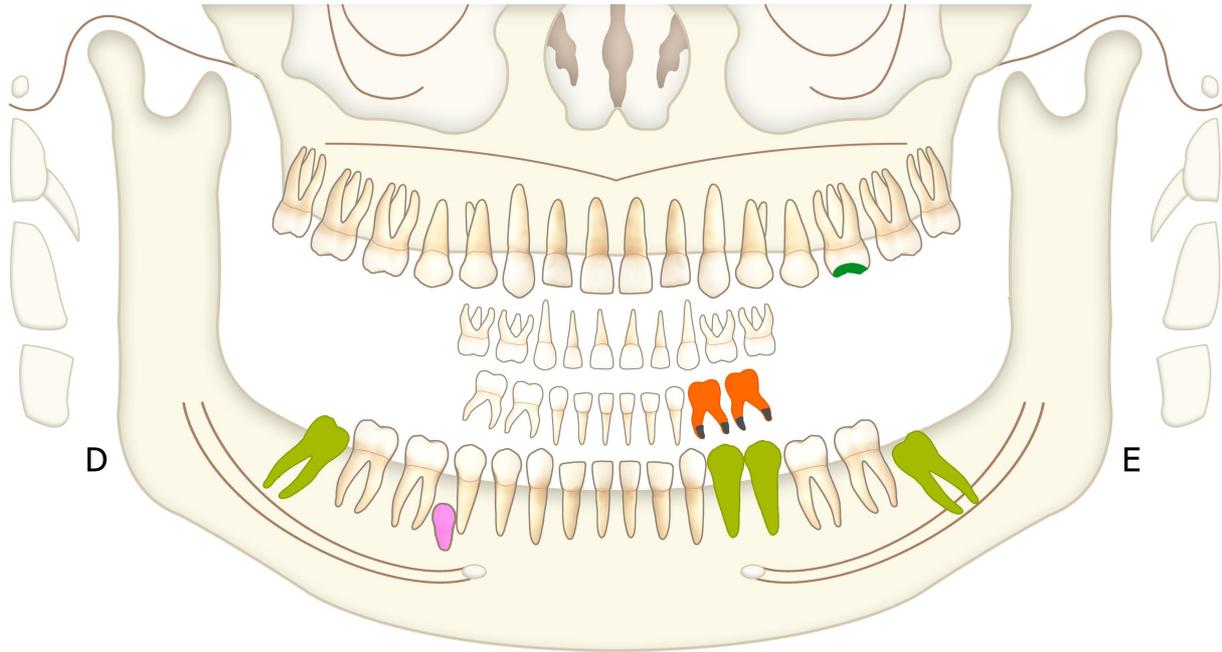
Paciente: **VITOR DA SILVA CRUZ**

Nascimento: **05/03/1999 - 26 anos e 5 meses**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.  
Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.  
Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente impactado		Restauração radiopaca		Retenção prolongada do dente decíduo
	Dente supranumerário		Rizólise fisiológica / patológica		

### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica.

Avalie clinicamente as faces oclusais, as adaptações das restaurações.

Sugere realizar técnica radiográfica interproximal para pesquisa de incidência de cárie, má adaptação marginal das restaurações/coroas protéticas, depósitos de cálculos e perda óssea alveolar.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Impactação dos dentes. 38, 35, 34 e 48.
- Restauração radiopaca no dente 26.
- Retenção prolongada dos dentes decíduos 75 e 74.
- Dente supranumerário na região Mandíbula.
- Rizólise fisiológica / patológica nos dentes 75 e 74.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.



Atendimento: **397261**

Data: **27/08/2025**

Paciente: **ARYANE NASCIMENTO DOS SANTOS**

Nascimento: **24/05/1995 - 30 anos e 3 meses**

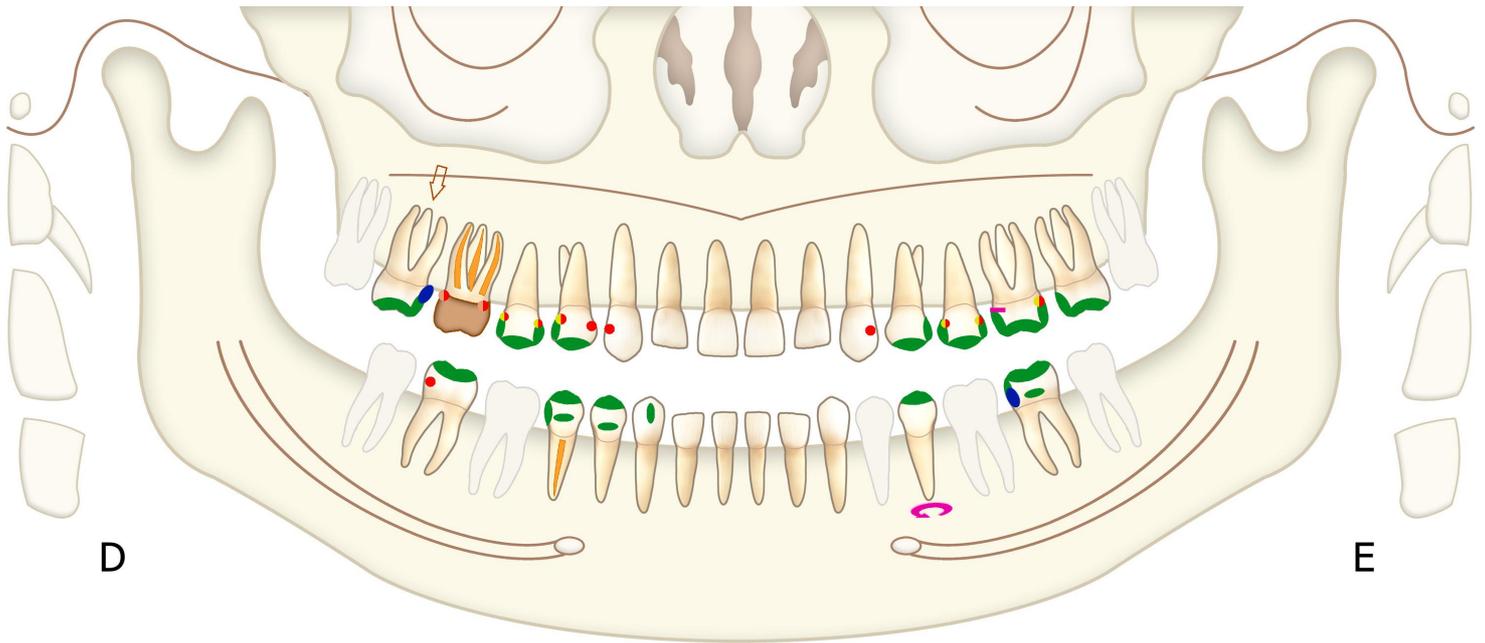
Indicação: **Dr Higor Soares Vitorino**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente ausente		Cárie		Presença de coroa protética
	Conduto radicular obturado		Restauração radiopaca		Restauração radiopaca
	Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie		Restauração com excesso marginal / sobrecontorno		Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie
	Forramento radiolucido ou cárie		Giroversão / lateroversão		Dente em supra-occlusão / infra-occlusão

### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Interproximal.

Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações e coroa estética.

Sugere-se radiografia periapical dos dentes tratados endodonticamente para melhor avaliação.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Ausência na região dos dentes 18, 28, 38, 36, 34, 46 e 48.
- Cárie nos dentes 14, 13, 23 e 47.
- Presença de coroa protética no dente 16.
- Conduto radicular obturado nos dentes 16 e 45.
- Restauração radiopaca nos dentes 37, 43, 44 e 45.
- Restauração radiopaca nos dentes 17, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 37, 35, 44, 45 e 47.
- Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie nos dentes 15, 14, 25 e 26.
- Restauração com excesso marginal / sobrecontorno nos dentes 17 e 37.
- Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie no dente 16.



Atendimento: **397261**

Data: **27/08/2025**

Paciente: **ARYANE NASCIMENTO DOS SANTOS**

Nasc: **24/05/1995 - 30 anos e 3 meses**

Indicação: **Dr Higor Soares Vitorino**

CPF: **859.716.375-50**

- Forramento radiolucido ou cárie no dente 26.
- Giroversão / lateroversão no dente 35.
- Supra-oclusão / infra-oclusão do dente 17.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.





Atendimento: **397262**

Data: **27/08/2025**

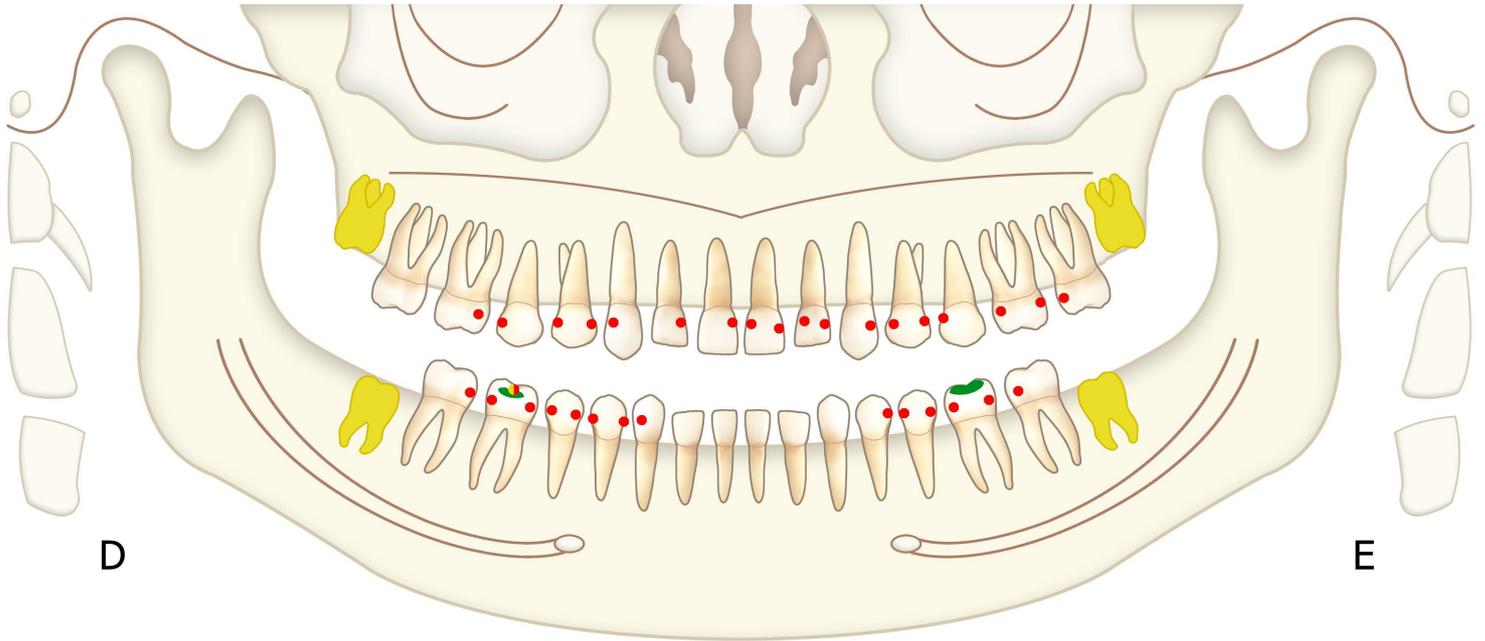
Paciente: **SAMYRA DOS SANTOS SILVA**

Nascimento: **12/02/2011 - 14 anos e 6 meses**

Indicação: **Dr Higor Soares Vitorino**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.  
Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.  
Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Cárie		Restauração radiopaca		Dente em desenvolvimento
	Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie				

#### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Periapical e Interproximal.

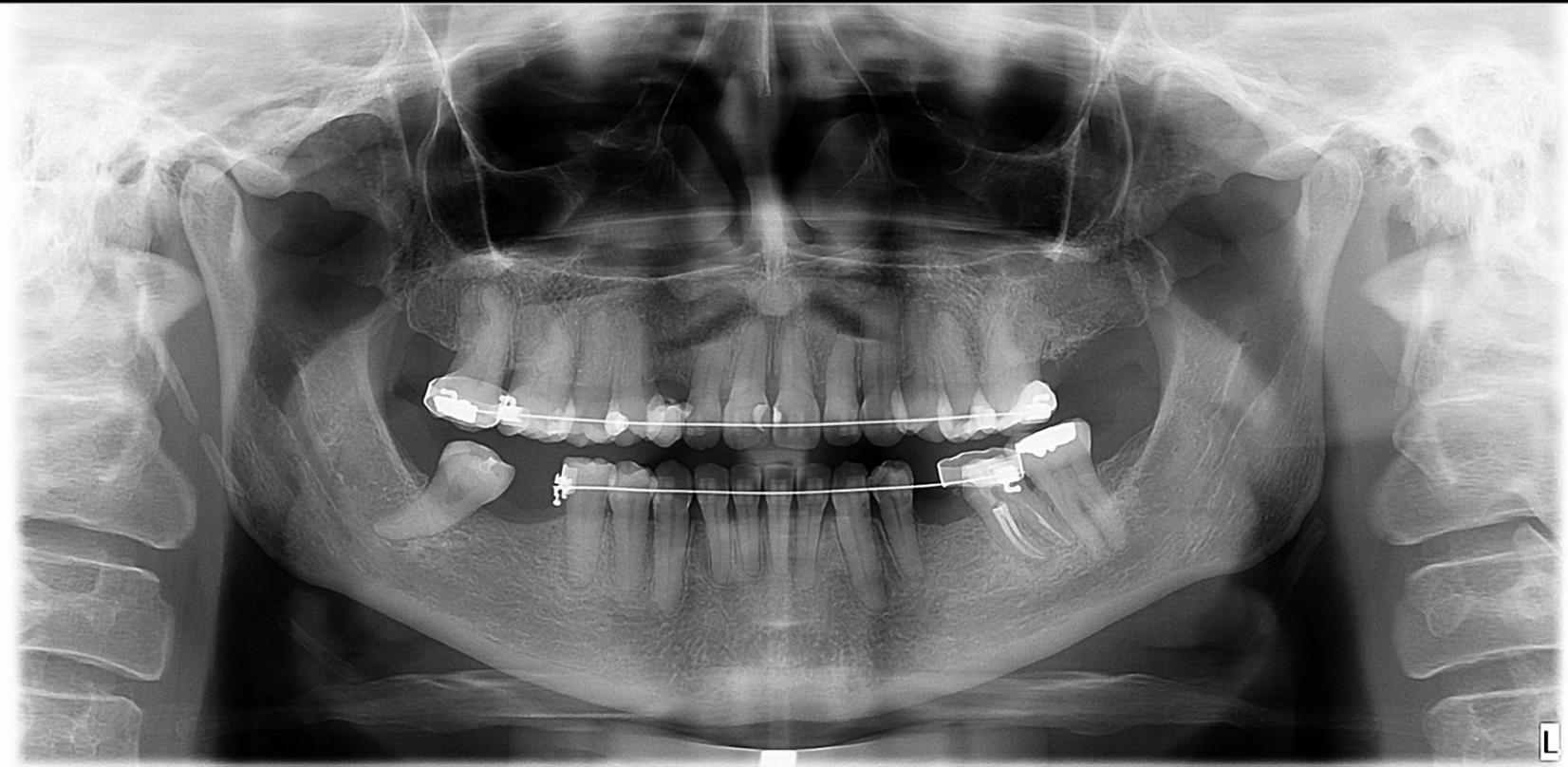
Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações.

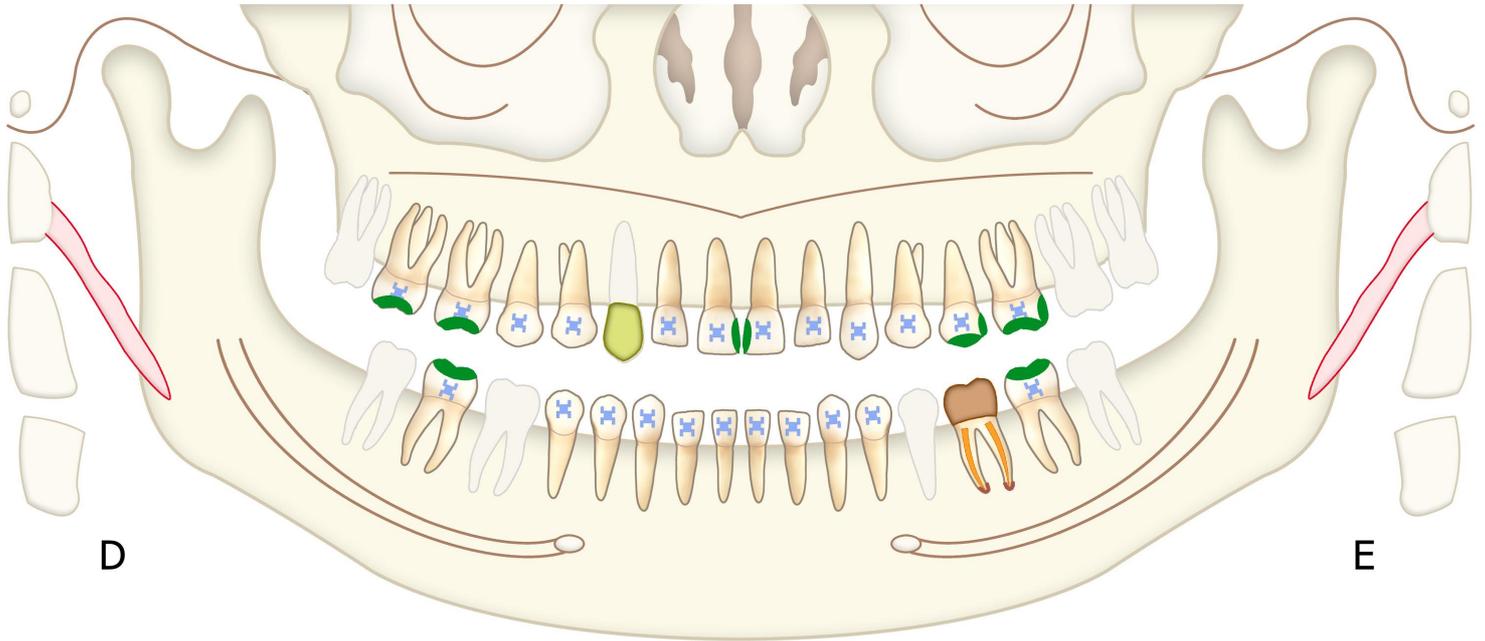
Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Cárie nos dentes 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 37, 36, 35, 34, 43, 44, 45, 46 e 47.
- Restauração radiopaca nos dentes 36 e 46.
- Desenvolvimento dos dentes 18, 28, 38 e 48.
- Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie no dente 46.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.





Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente ausente		Presença de coroa protética		Conduto radicular obturado
	Restauração radiopaca		Aparelho ortodôntico		Espessamento do espaço pericementário
	Pôntico		Processo estilóide alongado		

### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica Panorâmica.

Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações e coroas estéticas.

Note perda óssea alveolar horizontal/vertical em ambas as arcadas.

Sugere realizar técnica radiográfica interproximal para pesquisa de incidência de cárie, má adaptação marginal das restaurações/coroas protéticas, depósitos de cálculos e perda óssea alveolar.

Sugere-se radiografia periapical dos dentes tratados endodonticamente para melhor avaliação.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Ausência na região dos dentes 18, 13, 27, 28, 38, 35, 46 e 48.
- Presença de coroa protética no dente 36.
- Conduto radicular obturado no dente 36.
- Restauração radiopaca nos dentes 17, 16, 11, 21, 25, 26, 37 e 47.
- Aparelho ortodôntico nos dentes 17, 16, 15, 14, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 37, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45 e 47.
- Espessamento do espaço pericementário no dente 36.



Atendimento: **392590**

Data: **10/07/2025**

Paciente: **LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA**

Nasc: **26/07/1985 - 39 anos**

Indicação: **Dra Caroline Dourado**

CPF: **003.953.701-32**

- Pôntico na região do dente 13.

- Processo estilóide alongado ou mineralização no complexo estilohióideo.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.





Atendimento: **397261**

Data: **27/08/2025**

Paciente: **ARYANE NASCIMENTO DOS SANTOS**

Nascimento: **24/05/1995 - 30 anos e 3 meses**

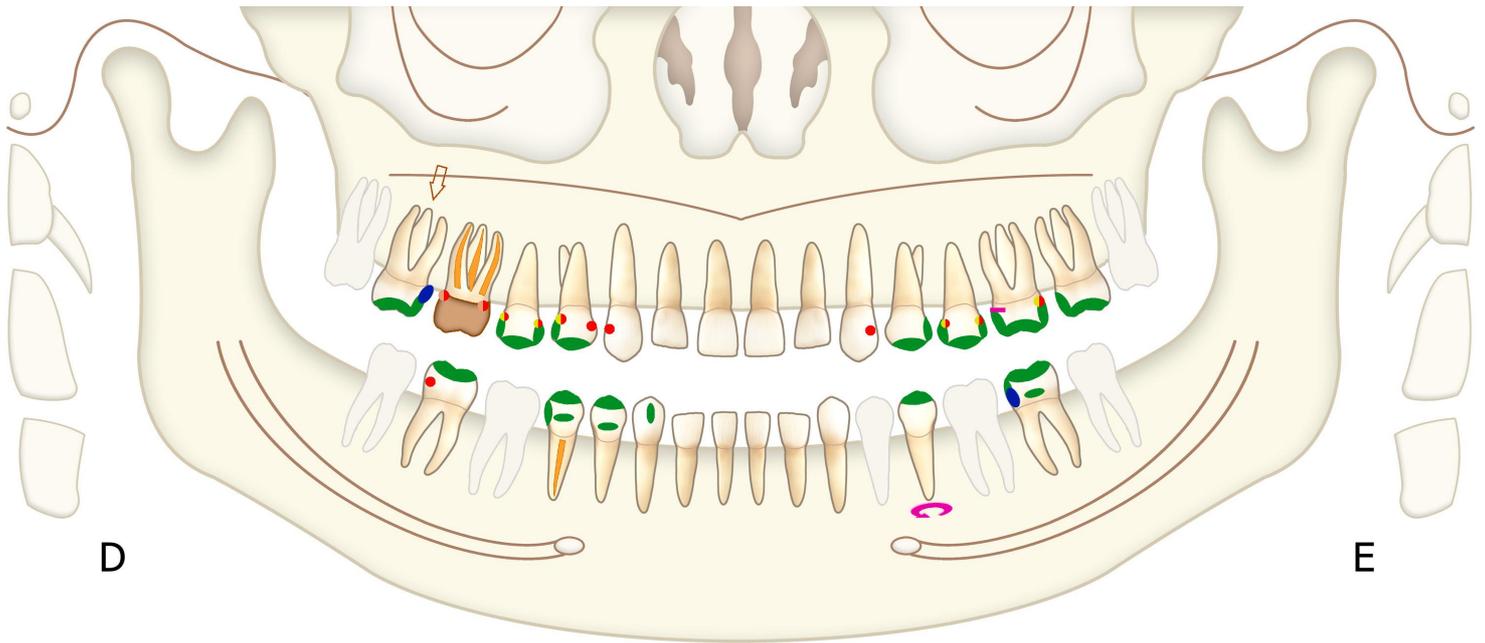
Indicação: **Dr Higor Soares Vitorino**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente ausente		Cárie		Presença de coroa protética
	Conduto radicular obturado		Restauração radiopaca		Restauração radiopaca
	Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie		Restauração com excesso marginal / sobrecontorno		Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie
	Forramento radiolucido ou cárie		Giroversão / lateroversão		Dente em supra-occlusão / infra-occlusão

### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Interproximal.

Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações e coroa estética.

Sugere-se radiografia periapical dos dentes tratados endodonticamente para melhor avaliação.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Ausência na região dos dentes 18, 28, 38, 36, 34, 46 e 48.
- Cárie nos dentes 14, 13, 23 e 47.
- Presença de coroa protética no dente 16.
- Conduto radicular obturado nos dentes 16 e 45.
- Restauração radiopaca nos dentes 37, 43, 44 e 45.
- Restauração radiopaca nos dentes 17, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 37, 35, 44, 45 e 47.
- Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie nos dentes 15, 14, 25 e 26.
- Restauração com excesso marginal / sobrecontorno nos dentes 17 e 37.
- Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie no dente 16.



Atendimento: **397261**

Data: **27/08/2025**

Paciente: **ARYANE NASCIMENTO DOS SANTOS**

Nasc: **24/05/1995 - 30 anos e 3 meses**

Indicação: **Dr Higor Soares Vitorino**

CPF: **859.716.375-50**

- Forramento radiolucido ou cárie no dente 26.
- Giroversão / lateroversão no dente 35.
- Supra-oclusão / infra-oclusão do dente 17.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.





Atendimento: **397261**

Data: **27/08/2025**

Paciente: **ARYANE NASCIMENTO DOS SANTOS**

Nascimento: **24/05/1995 - 30 anos e 3 meses**

Indicação: **Dr Higor Soares Vitorino**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.



2423101  
**INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 8/12/5	4-Data de Autorização 11/5/10 8/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14239682	7-Data Validade da Senha 11/2/11 0/12/5
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020215112357005000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome VITOR DA SILVA CRUZ	14-Telefone ( ) _ _ _ _ _	15-Nome do titular do plano VITOR DA SILVA CRUZ
--------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGISTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1)81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 216981511680002178	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		

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 Closs 42-Assinatura
1-	008110004015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00			S	23/08/2010	[Assinatura]
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/2010	44-Tipo de Atendimento 1-1-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\$ 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 pegar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado(s), 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 23/10/2010 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2010 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/___/___
--	--	--	--

*Dr. Alexandre S. Almeida  
 Radiologista  
 CRO-DF 1968*



2433566  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2019	4-Data de Autorização 25/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14275106	7-Data Validade da Senha 21/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 002025111737720000011041			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SAMIRA DOS SANTOS SILVA	12/02/2011	14-Telefone ( ) - - - - -	15-Nome do titular do plano ARYANE NASCIMENTO DOS SANTOS
------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRD 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2169815168000278	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRD 1968	24-UF DF	25-Código CNES 6437141
---	---	--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	27-Número no CRD 1968	28-UF DF	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	22200	000		S	27/08/25		<i>Arlette</i>
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1400	000		S	27/08/25		<i>Arlette</i>
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1400	000		S	27/08/25		<i>Arlette</i>
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1400	000		S	27/08/25		<i>Arlette</i>
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1400	000		S	27/08/25		<i>Arlette</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 27/10/2019	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 27800	47-Valor Total R\$ 000	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, compreendendo-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 27/10/2019 <i>Arlette</i> Radiologista CRD-DF-1968	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2019 <i>Arlette</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



1-Registro ANS  
 406414

3-Data de Emissão da Guia  
 21/07/2015

4-Data de Autorização  
 21/07/2015

Dados do Beneficiário  
 8-Número da Carteira  
 01020215012117171901010171001

13-Nome  
 RODRIGO DE SOUSA AMARAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento  
 16-Atendimento a RN  
 N

17-Nome do Profissional Solicitante  
 RADIODIAGNOSTICO

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF  
 261981511680002178

22-Nome do Contratado Executor  
 RADIO - RADIODIAGNOSTICO

26-Nome do Profissional Executor  
 ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento
1	00810100375
2	00810100375
3	00810100375
4	00810100375
5	00810100405
6	00810100421
7	00810100421
8	00810100421
9	00810100421
10	
11	
12	
13	
14	
15	

32-Descrição
RX INTERPROXIMAL - BITE
RADIOGRAFIA PANORAMICA
RX PERIAPICAL
RX PERIAPICAL
RX PERIAPICAL
RX PERIAPICAL

43-Data Previsto Término do Tratamento  
 09/08/2015

44-Tipo de Atendimento  
 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, assinado(s) acima, e por mim assinado(s) no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) no contrato, foi/foram realizado(s) e estou referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em meu plano de saúde.

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executor  
 09/08/2015



2406465  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2015	4-Data de Autorização 01/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14185079	7-Data Validade da Senha 29/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020255531750000114011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COMITE BRASILEIRO DE CLUBES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA	26/07/1985	14-Telefone ( ) - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 269815168000278	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		

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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00			S	07/08/25		[Assinatura]
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00			S	07/08/25		[Assinatura]
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00			S	07/08/25		[Assinatura]
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00			S	07/08/25		[Assinatura]
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/08/25	44-Tipo de Atendimento 11-1-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\$ 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), 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 07/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

*Dr. Arlette A. Gomes Asevedo*  
Radiodiagnostics  
CRO-DF 1968

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/17/25	4-Data de Autorização 29/10/17/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14174838	7-Data Validade da Senha 27/10/19/25
8-Número da Carteira 00020225021117799000010011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NIPPONFLEX INDUSTRIA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RODRIGO DE SOUSA AMARAL			14-Telefone ( ) - - - - -	15-Nome do titular do plano RODRIGO DE SOUSA AMARAL	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGISTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 269815108000278		22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIOLOGISTICO 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 L73200

025 -  
**Faturar Empresa**  
 Enviar - RX  
 (I) 8000405

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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			02/08/25		[Assinatura]
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			02/08/25		[Assinatura]
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			02/08/25		[Assinatura]
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			02/08/25		[Assinatura]
5	00810004105	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			02/08/25		[Assinatura]
6	00810004211	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			02/08/25		[Assinatura]
7	00810004211	RX PERIAPICAL	RIL		1	14,00	0,00			02/08/25		[Assinatura]
8	00810004211	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00			02/08/25		[Assinatura]
9	00810004211	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00			02/08/25		[Assinatura]
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/08/25	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 190,00	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 e contrado. 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 Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/08/25 CRO DF 1968	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/08/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--



2403529  
**INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/17/125	4-Data de Autorização 29/10/17/125	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14174838	7-Data Validade da Senha 27/10/19/125
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025021117790000110011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NIPPONFLEX INDUSTRIA E	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RODRIGO DE SOUSA AMARAL	11/11/1989	14-Telefone ( ) / / /	15-Nome do titular do plano RODRIGO DE SOUSA AMARAL
------------------------------------	------------	--------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1968	19-UJF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2698151168000278	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 273200
---	--------------------------	-------------	---------------------------

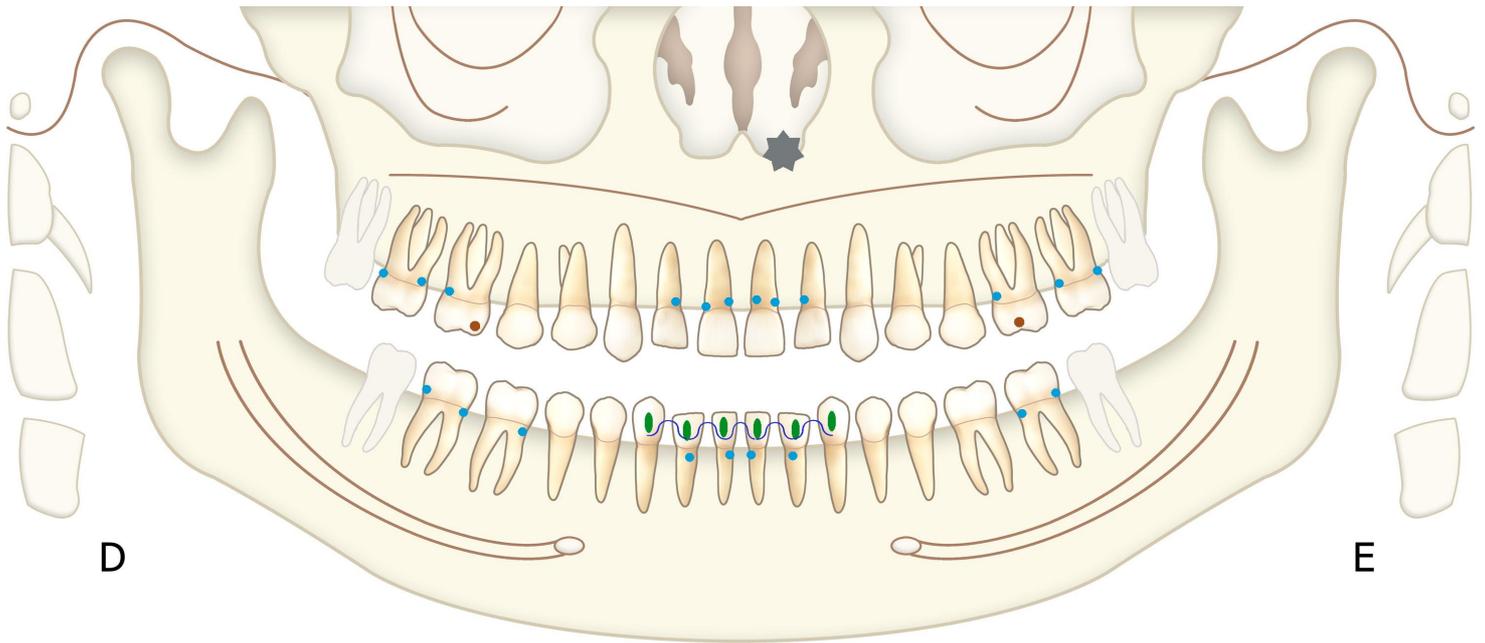
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	07/08/15	X
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	07/08/15	X
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	07/08/15	X
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	07/08/15	X
5	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/08/15	X
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	07/08/15	X
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	07/08/15	X
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	07/08/15	X
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	07/08/15	X
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/08/15	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 190,00	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 e o 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 09/08/15	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/08/15	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / /
--	---	---	--



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente ausente		Aspecto de cárie incipiente		Cálculo
	Restauração radiopaca		Contenção ortodôntica		Acessório estético / piercing

#### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografias interproximais, periapicais, panorâmica

- Ausência na região dos dentes 18, 28, 38 e 48.
- Aspecto de cárie incipiente nos dentes 16 e 26.
- Cálculo sub / supragengival nos dentes 17, 16, 12, 11, 21, 22, 26, 27, 37, 32, 31, 41, 42, 46 e 47.
- Restauração radiopaca nos dentes 33, 32, 31, 41, 42 e 43.
- Contenção ortodôntica nos dentes 33, 32, 31, 41, 42 e 43.
- Acessório estético / piercing.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.



Atendimento: **395259**

Data: **07/08/2025**

Paciente: **RODRIGO DE SOUSA AMARAL**

Nascimento: **11/11/1989 - 35 anos e 8 meses**

Indicação: **Dr Ronan Rabelo T. da Câmara**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.

Radiodiagnóstico - Asa Sul



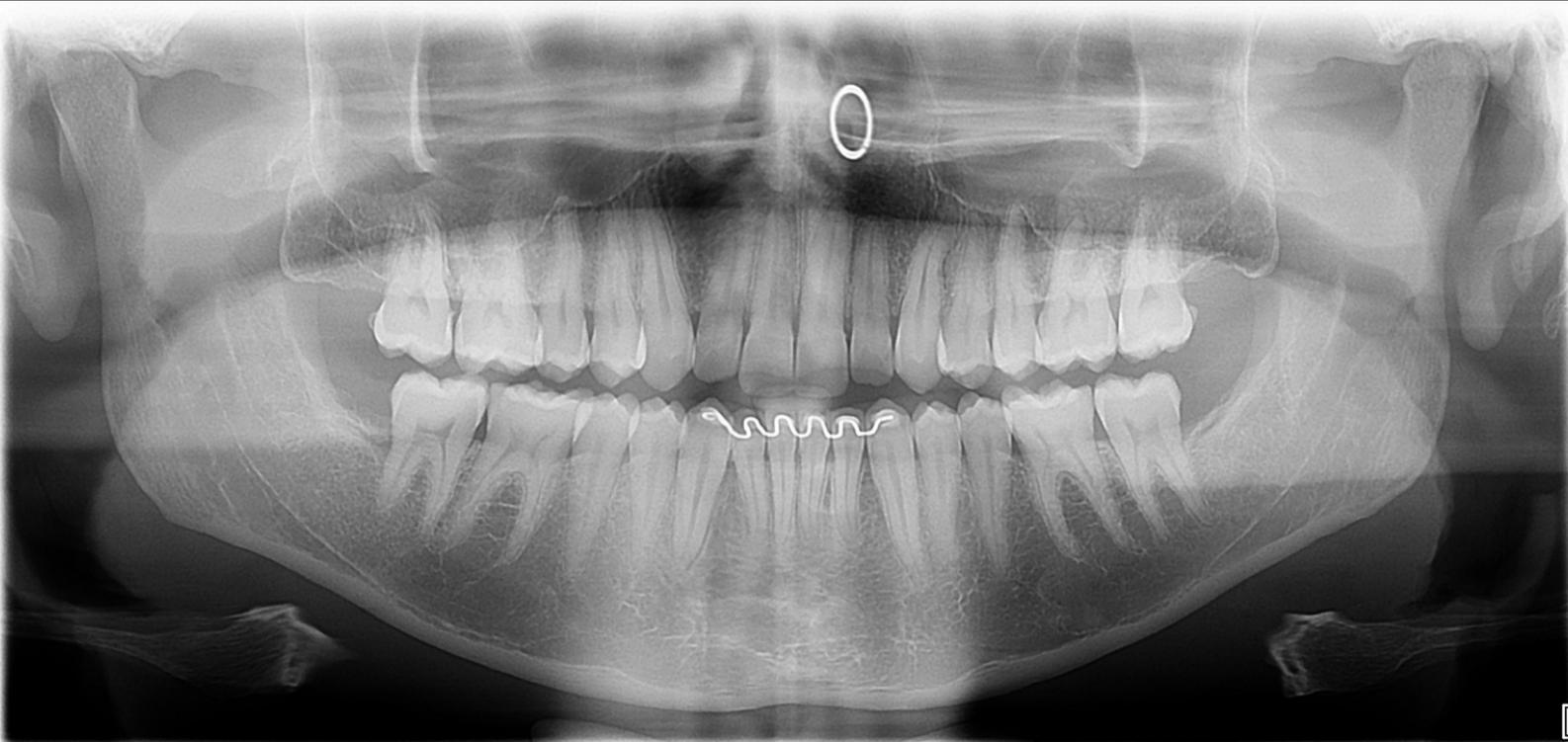
Atendimento: **395259**

Data: **07/08/2025**

Paciente: **RODRIGO DE SOUSA AMARAL**

Nascimento: **11/11/1989 - 35 anos e 8 meses**

Indicação: **Dr Ronan Rabelo T. da Câmara**

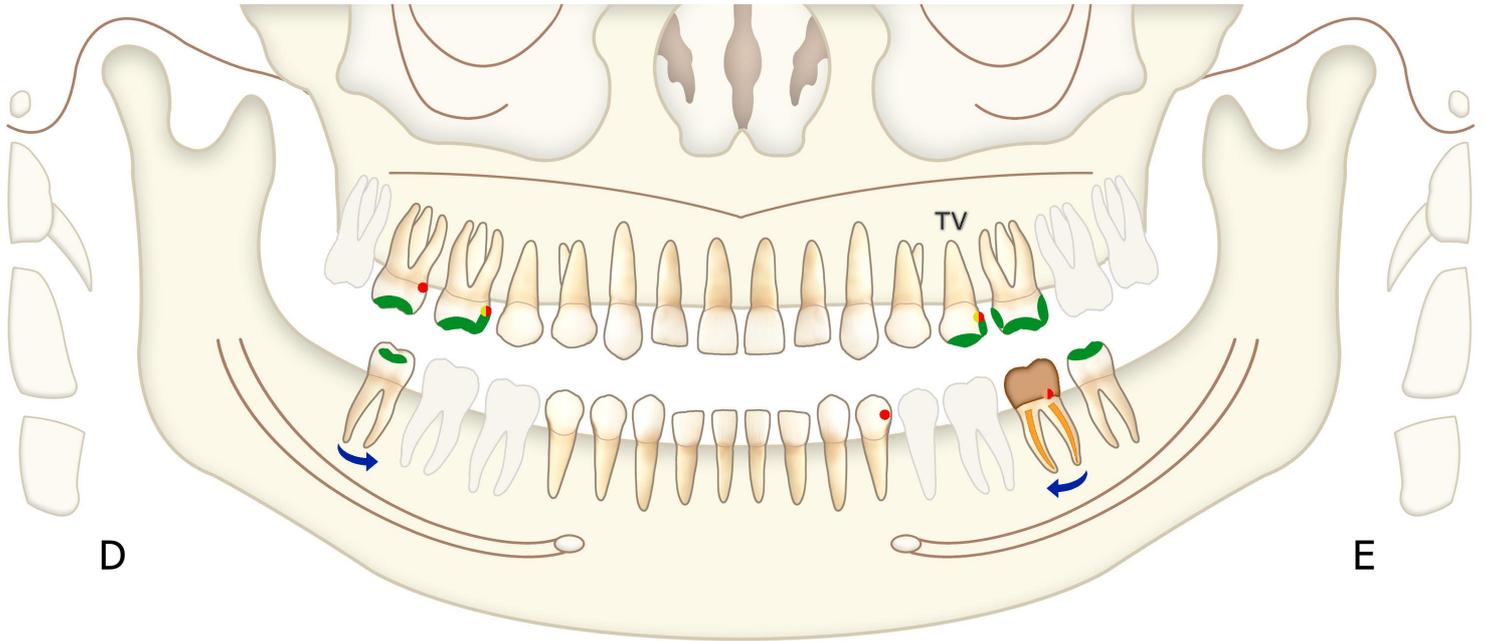


CRANEXI



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.  
Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.  
Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.

Radiodiagnóstico - Asa Sul



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente ausente		Cárie		Presença de coroa protética
	Conduto radicular obturado		Restauração radiopaca		Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie
	Teste de vitalidade pulpar		Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie		Dente méso angulado / disto angulado

### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Interproximal.

Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações e coroas estéticas.

Sugere-se radiografia periapical, para melhor avaliação radicular.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Ausência na região dos dentes 18, 27, 28, 36, 35, 46 e 47.
- Cárie nos dentes 17 e 34.
- Presença de coroa protética no dente 37.
- Conduto radicular obturado no dente 37.
- Restauração radiopaca nos dentes 17, 16, 25, 26, 38 e 48.
- Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie nos dentes 16 e 25.
- Teste de vitalidade pulpar.
- Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie no dente 37.
- Angulação mesial / distal dos dentes 37 e 48.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA



Atendimento: **395312**

Data: **07/08/2025**

Paciente: **LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA**

Nasc: **26/07/1985 - 40 anos**

Indicação: **Dra Caroline Dourado**

CPF: **003.953.701-32**

---

CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.





Atendimento: **395312**

Data: **07/08/2025**

Paciente: **LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA**

Nascimento: **26/07/1985 - 40 anos**

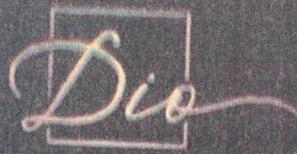
Indicação: **Dra Caroline Dourado**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.



DOURADO

INSTITUTO ODONTOLÓGICO

Luciana Jessica Teles de  
Souza

Carreira  
07108  
dentaluni

Solicito:

periapical total

bite a insy molares e

pre molares direito e

esquerdo.



DRA. CAROLINE DOURADO  
Cirurgiã - Dentista  
MESTRE EM CIÊNCIAS MÉDICAS  
CRO DF 8442

99866.5816

dracaroldourado

amesdio@gmail.com

TVS Quadra 701 - Bloco K - Sala 701/702 - Edifício Embassy Tower - Asa Sul - Brasília



Atendimento: **396914**

Data: **23/08/2025**

Paciente: **VITOR DA SILVA CRUZ**

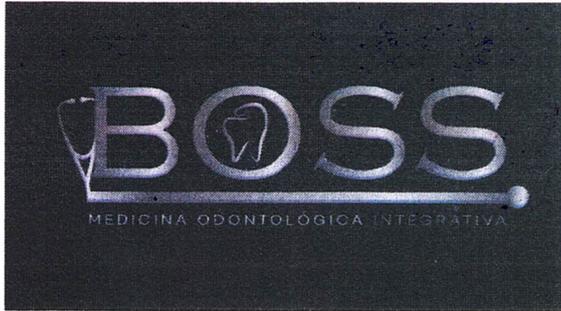
Nascimento: **05/03/1999 - 26 anos e 5 meses**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.  
Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.  
Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

Paciente Vitor da Silva Cruz

## SOLICITAÇÃO DE EXAME

Solicito panorâmica

Justificativa: para verificar possíveis exodontias

Solicito periapical de boca completa → mão

Justificativa: para verificar doença periodontal

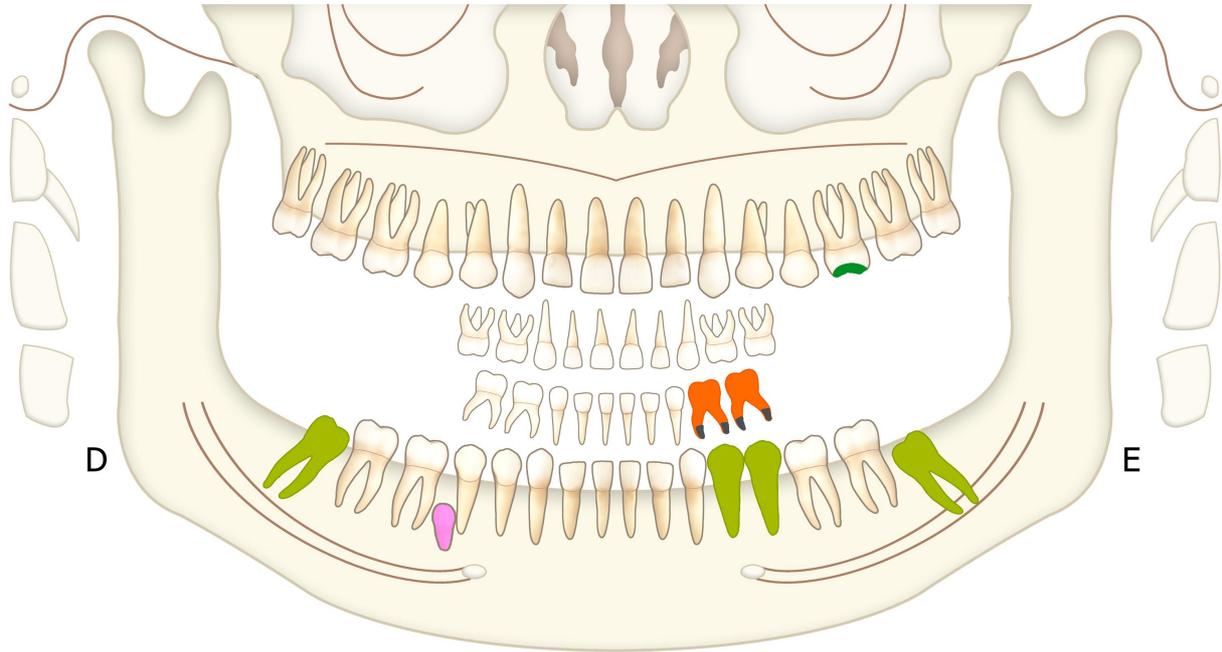
**Esses exames não são feitos no consultório da clínica odontológica Boss, pois não possuímos o equipamento necessário.**

Brasília; 13 de agosto de 2025

Atenciosamente,

  
Dr. Marcelo Mendonça  
Cirurgião-Dentista  
CRO-DF 15987

Dr. Marcelo Mendonça  
CRO DF 15987



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente impactado		Restauração radiopaca		Retenção prolongada do dente decíduo
	Dente supranumerário		Rizólise fisiológica / patológica		

### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica.

Avalie clinicamente as faces oclusais, as adaptações das restaurações.

Sugere realizar técnica radiográfica interproximal para pesquisa de incidência de cárie, má adaptação marginal das restaurações/coroas protéticas, depósitos de cálculos e perda óssea alveolar.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Impactação dos dentes. 38, 35, 34 e 48.
- Restauração radiopaca no dente 26.
- Retenção prolongada dos dentes decíduos 75 e 74.
- Dente supranumerário na região Mandíbula.
- Rizólise fisiológica / patológica nos dentes 75 e 74.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.



Atendimento: **396914**

Data: **23/08/2025**

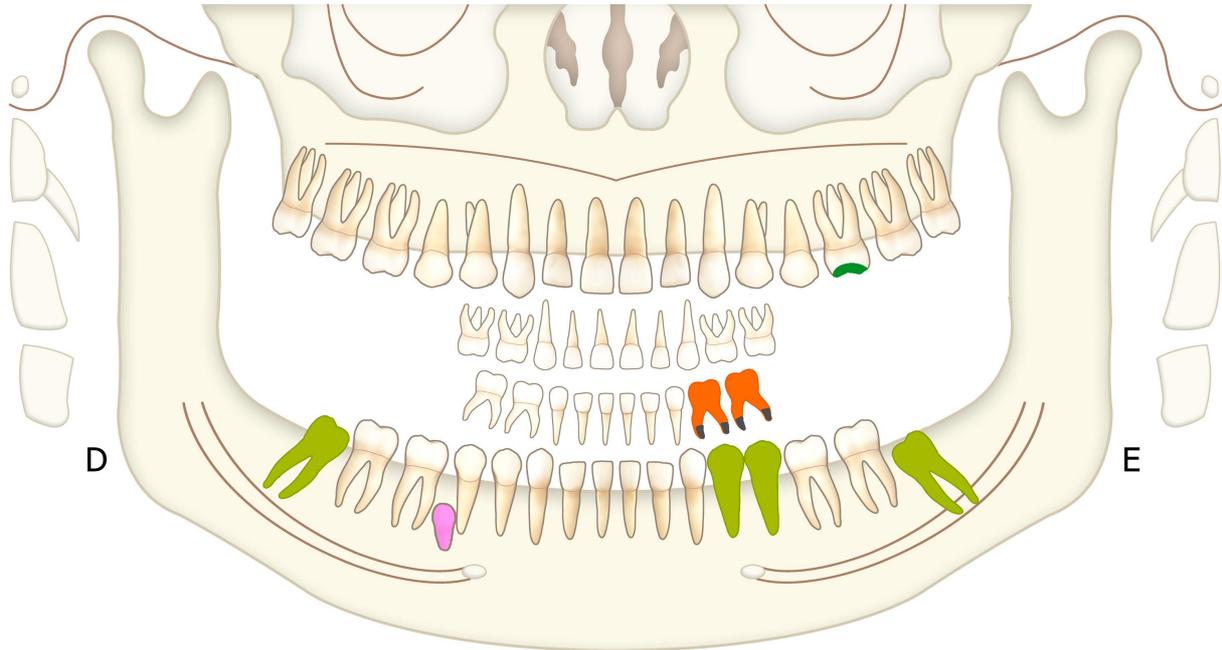
Paciente: **VITOR DA SILVA CRUZ**

Nascimento: **05/03/1999 - 26 anos e 5 meses**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.  
Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.  
Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente impactado		Restauração radiopaca		Retenção prolongada do dente decíduo
	Dente supranumerário		Rizólise fisiológica / patológica		

### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica.

Avalie clinicamente as faces oclusais, as adaptações das restaurações.

Sugere realizar técnica radiográfica interproximal para pesquisa de incidência de cárie, má adaptação marginal das restaurações/coroas protéticas, depósitos de cálculos e perda óssea alveolar.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Impactação dos dentes. 38, 35, 34 e 48.
- Restauração radiopaca no dente 26.
- Retenção prolongada dos dentes decíduos 75 e 74.
- Dente supranumerário na região Mandíbula.
- Rizólise fisiológica / patológica nos dentes 75 e 74.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.



Atendimento: **397261**

Data: **27/08/2025**

Paciente: **ARYANE NASCIMENTO DOS SANTOS**

Nascimento: **24/05/1995 - 30 anos e 3 meses**

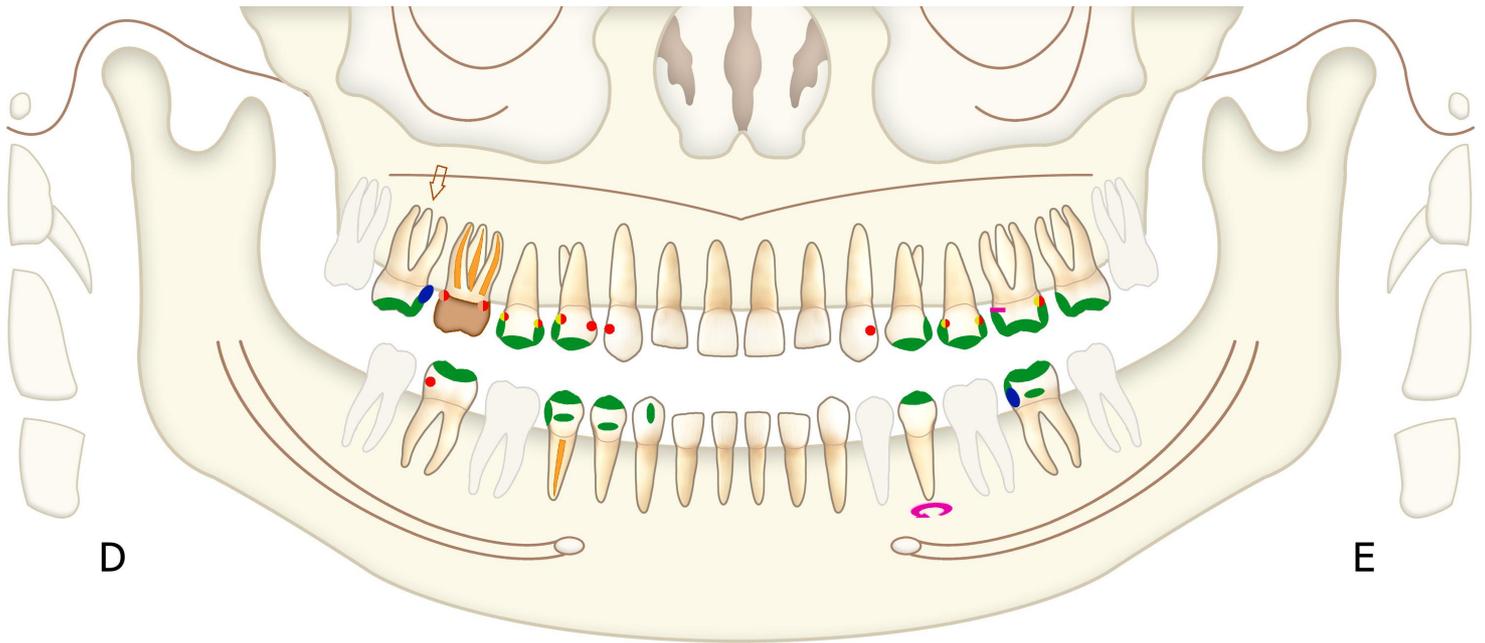
Indicação: **Dr Higor Soares Vitorino**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente ausente		Cárie		Presença de coroa protética
	Conduto radicular obturado		Restauração radiopaca		Restauração radiopaca
	Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie		Restauração com excesso marginal / sobrecontorno		Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie
	Forramento radiolucido ou cárie		Giroversão / lateroversão		Dente em supra-occlusão / infra-occlusão

### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Interproximal.

Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações e coroa estética.

Sugere-se radiografia periapical dos dentes tratados endodonticamente para melhor avaliação.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Ausência na região dos dentes 18, 28, 38, 36, 34, 46 e 48.
- Cárie nos dentes 14, 13, 23 e 47.
- Presença de coroa protética no dente 16.
- Conduto radicular obturado nos dentes 16 e 45.
- Restauração radiopaca nos dentes 37, 43, 44 e 45.
- Restauração radiopaca nos dentes 17, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 37, 35, 44, 45 e 47.
- Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie nos dentes 15, 14, 25 e 26.
- Restauração com excesso marginal / sobrecontorno nos dentes 17 e 37.
- Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie no dente 16.



Atendimento: **397261**

Data: **27/08/2025**

Paciente: **ARYANE NASCIMENTO DOS SANTOS**

Nasc: **24/05/1995 - 30 anos e 3 meses**

Indicação: **Dr Higor Soares Vitorino**

CPF: **859.716.375-50**

- Forramento radiolucido ou cárie no dente 26.
- Giroversão / lateroversão no dente 35.
- Supra-oclusão / infra-oclusão do dente 17.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.

*causado  
2 fios  
dental uni*

Á CLINICA DE RADIOLOGIA

Solicito para:

Paciente: Aryane Nascimento dos Santos

- RX Panorâmica para avaliação cirúrgica.
- RX Periapical total, para avaliação de procedimento periodontal.
- RX Bite-wings de molares e pré-molares direito e esquerdo, para avaliação de cáries interproximais.
- RX Periapical dos elementos: \_\_\_\_\_.

Justificativa:

Avaliação de cáries

Brasília-DF 21/8/25

Dr. Higor Soares Vitorino  
Odontólogo  
**CRO-DF 16670**  
Assinatura e Carimbo



Atendimento: **397262**

Data: **27/08/2025**

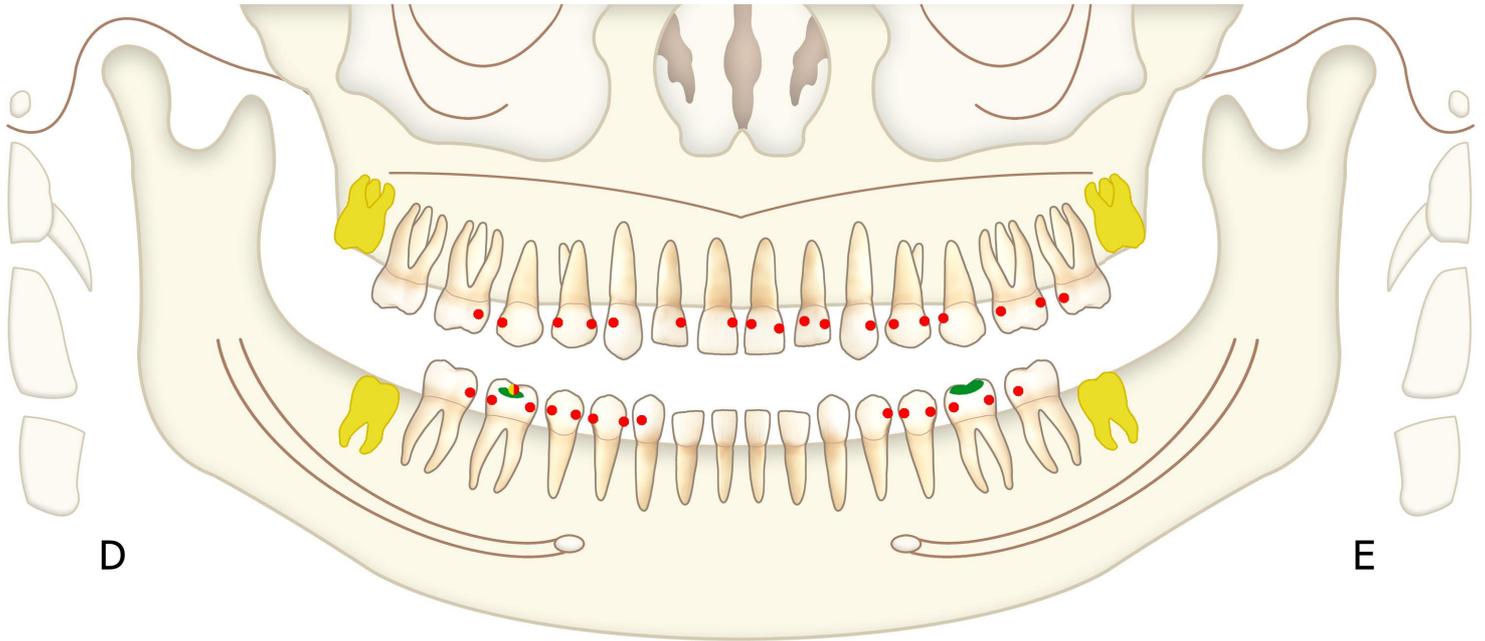
Paciente: **SAMYRA DOS SANTOS SILVA**

Nascimento: **12/02/2011 - 14 anos e 6 meses**

Indicação: **Dr Higor Soares Vitorino**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.  
Não o deixe exposto a luz solar e no interior de veículos.  
Armazene-o protegido pelo envelope em local seco e fresco.



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Cárie		Restauração radiopaca		Dente em desenvolvimento
	Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie				

#### LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Periapical e Interproximal.

Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

O exame radiográfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Cárie nos dentes 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 37, 36, 35, 34, 43, 44, 45, 46 e 47.
- Restauração radiopaca nos dentes 36 e 46.
- Desenvolvimento dos dentes 18, 28, 38 e 48.
- Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie no dente 46.

ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.

*Camilla  
27108  
dental  
uni*

Á CLINICA DE RADIOLOGIA

Solicitado para:

Paciente: Samira dos Santos Silva

RX Panorâmica para avaliação cirúrgica.

RX Periapical total, para avaliação de procedimento periodontal.

RX Bite-wings de molares e pré-molares direito e esquerdo, para avaliação de cáries interproximais.

RX Periapical dos elementos: \_\_\_\_\_

Justificativa:

Avaliação de cáries

Brasília-DF, 21/8/25

Dr. Higor Soares Vitorino  
Cirurgião de Cabeça e Pescoço  
CRO-DF 16670  
Assinatura e Carimbo