

CRANEX



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.



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**

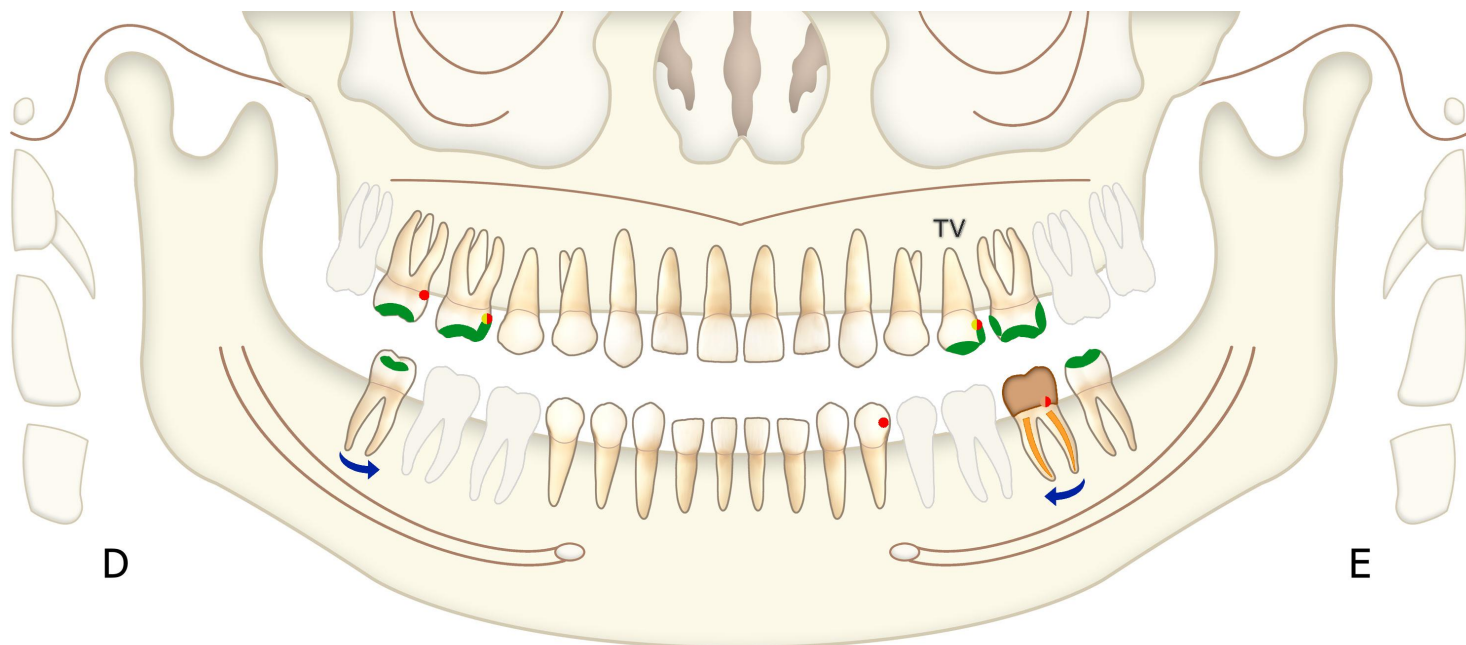


Atenção: Não dobre ou amasse este exame.










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

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

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional



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**

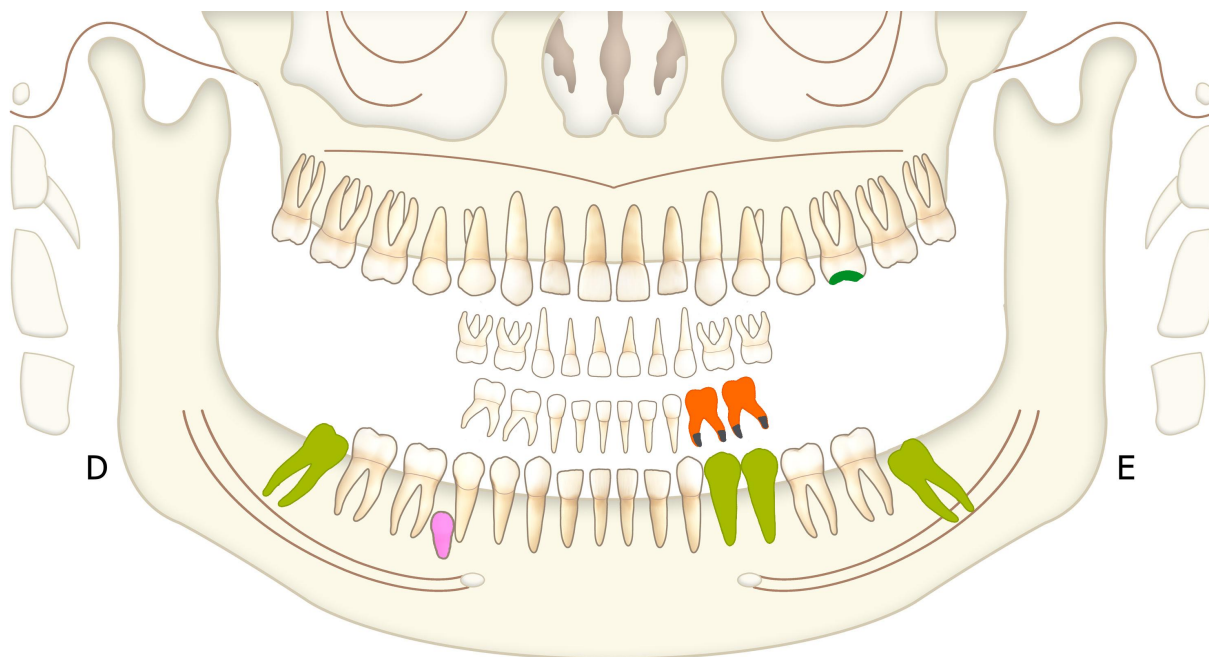
Nasc: **26/07/1985 - 40 anos**

Indicação: **Dra Caroline Dourado**






CPF: **003.953.701-32**

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





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**

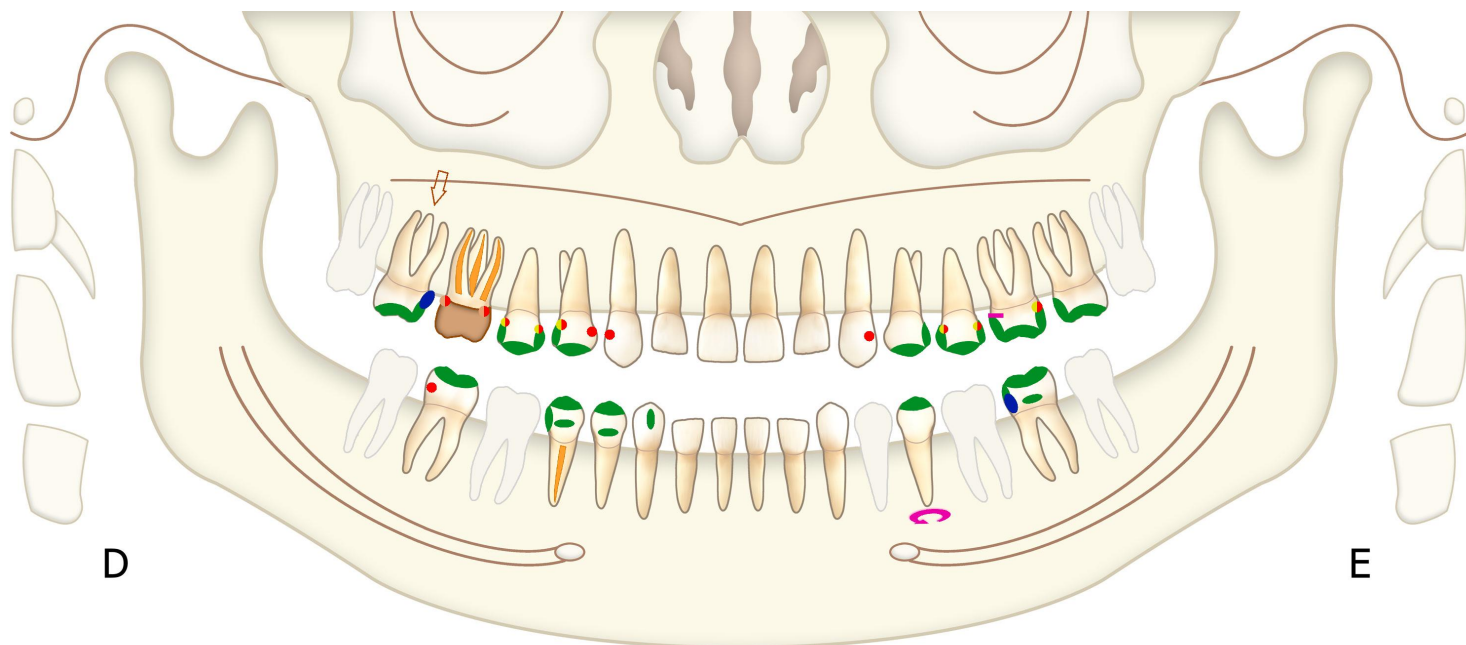


Atenção: Não dobre ou amasse este exame.













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

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

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional



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-oclusão / infra-oclusão

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**

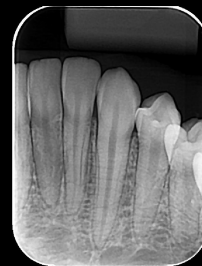
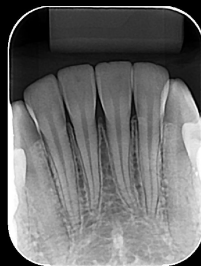
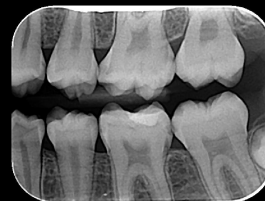
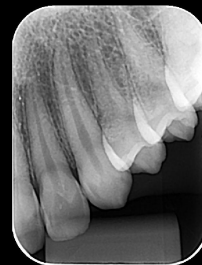
Nasc: **24/05/1995 - 30 anos e 3 meses**

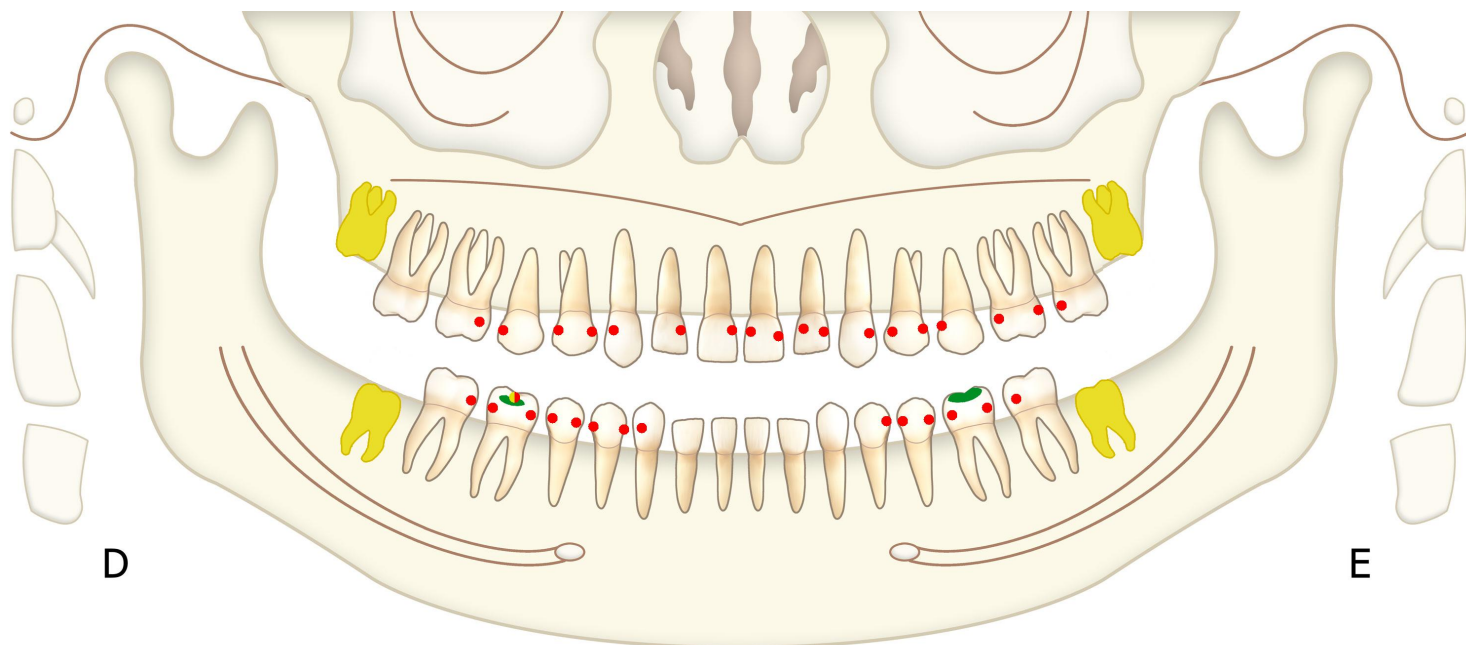
Indicação: **Dr Higor Soares Vitorino**

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.





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.

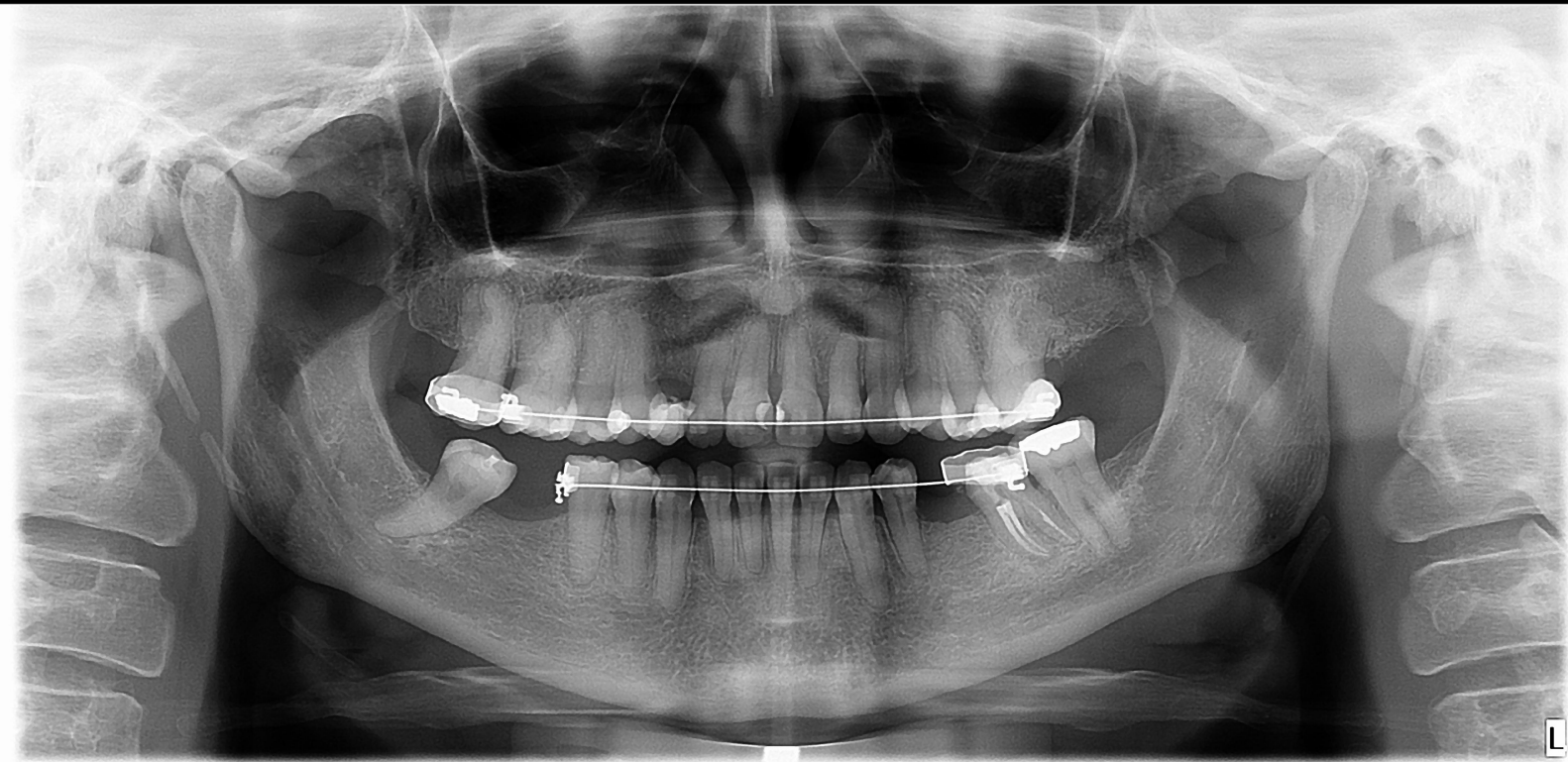
- Cárie nos dentes 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 37, 36, 35, 34, 43, 44, 45, 46 e 47.

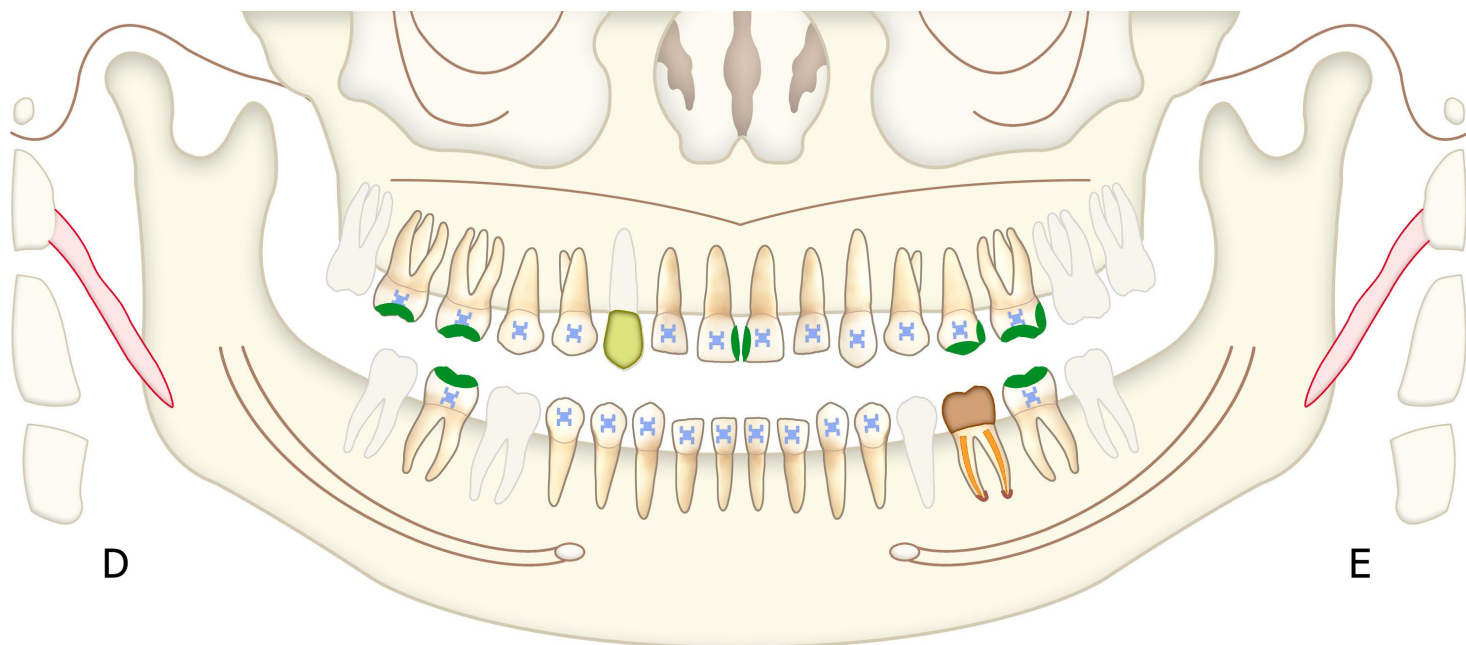
- Restauração radiopaca nos dentes 36 e 46.

- 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**

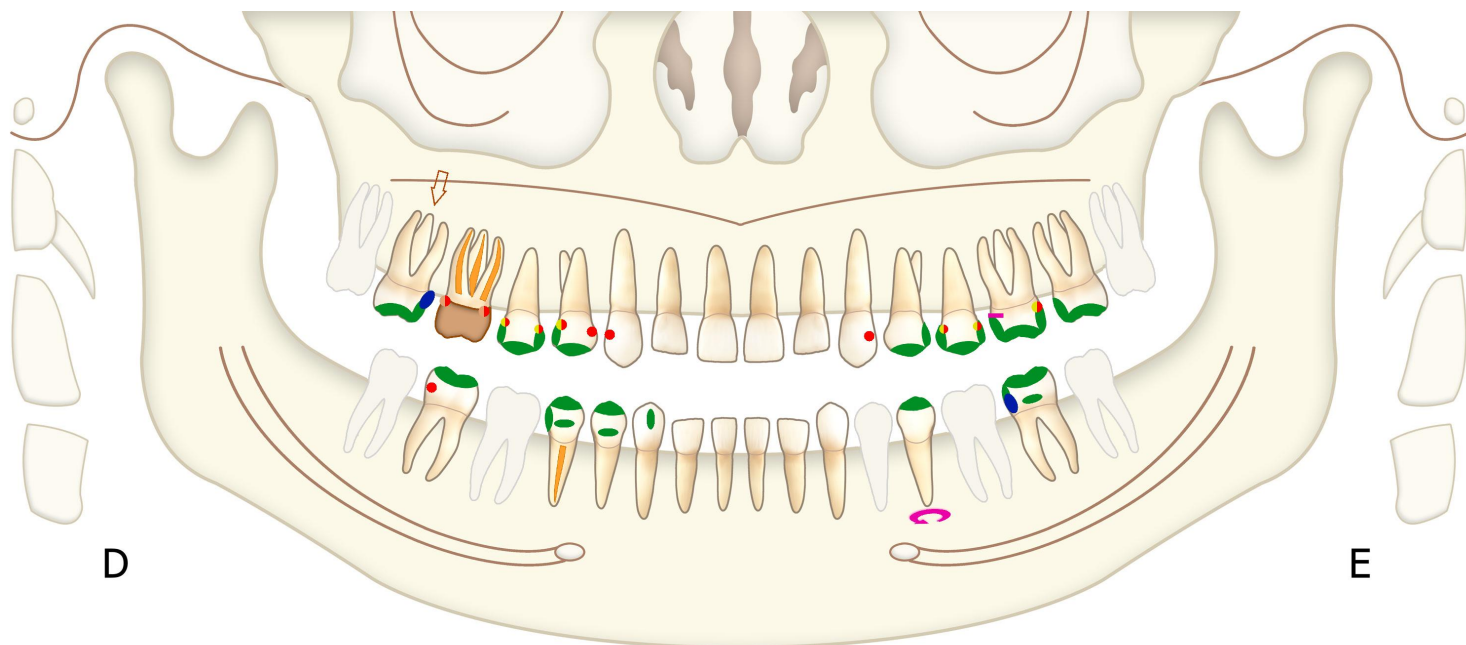


Atenção: Não dobre ou amasse este exame.













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

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

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional



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-oclusão / infra-oclusão

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.

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

3-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/2025		4-Data de Autorização 15/08/2025		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 1239682		7-Data Validade da Senha 12/10/2025		8423101 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0020202512357050000010101				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 RADIODIAGNOSTICO				18-Número no CRO 1968		19-UF DF		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2619851168000278				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		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			
1-00811000405				RADIOGRAFIA PANORÂMICA											
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento 23/09/25															
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 7800		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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e 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 23/08/25				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/08/25				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



2433566
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2018	4-Data de Autorização 25/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14275106	7-Data Validade da Senha 21/10/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

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 SAMYRA DOS SANTOS SILVA	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 RADIO DIAGNOSTICO	18-Número no CRD 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 269815168100102178	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIO DIAGNOSTICO 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	0,00		S	27/08/25		
2-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1400	0,00		S	27/08/25		
3-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1400	0,00		S	27/08/25		
4-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1400	0,00		S	27/08/25		
5-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1400	0,00		S	27/08/25		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 27/10/2018	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 278100	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(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 27/10/2018 - Arlette A. Gomes Asevedo Radiologista CRD-DF-1968	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2018 - Aryane Nascimento dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



2433573
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/25	4-Data de Autorização 25/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14275126	7-Data Validade da Senha 20/10/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 7 3 7 7 2 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARYANE NASCIMENTO DOS SANTOS	24/05/1995 () -	ARYANE NASCIMENTO DOS SANTOS

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 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 269851680000278		22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA		23-Número na CRO 1968		24-UF DF		25-Código CNES 6437141		Faturar Empresa
--	--	---	--	--------------------------	--	-------------	--	---------------------------	--	-----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/08/23	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 5600	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, 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.

49. Observation

43-Übersetzung

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/25 Dr. Artete A. Radiologista 1968	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/25 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]
---	---	--	--

Fette S. Marchioni
 Radiologista
 CRO-DF 1968

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/2015	4-Data de Autenticação 21/07/2015
--------------------------	---	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002021502117171900001001

13-Nome
RODRIGO DE SOUSA AMARAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	22-Nome do Contratado Executor RADIO - RADIODIAGNOSTICO
--------------------------	---	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
26985168000278

26-Nome do Profissional Executor
ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela 31-Código do Procedimento

1-0081000375	32-Descrição RX INTERPROXIMAL - BITE
2-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE
3-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE
4-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE
5-0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA
6-0081000421	RX PERIAPICAL
7-0081000421	RX PERIAPICAL
8-0081000421	RX PERIAPICAL
9-0081000421	RX PERIAPICAL
10-0000000000	
11-0000000000	
12-0000000000	
13-0000000000	
14-0000000000	
15-0000000000	

43-Data Previsto Término do Tratamento
09/08/25

44-Tipo de Atendimento
2-1-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), foi/foram realizados os procedimentos necessários para a realização do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizados os procedimentos necessários para a realização do tratamento, 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 Executor



2406465
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 31/07/2015	4-Data de Autorização 01/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14185079	7-Data Validade da Senha 29/09/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025553175000014011	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		14-Telefone 26/07/1985	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 RADIO DIAGNOSTICO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 269851168000278	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIO DIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA
23-Número na CRO 1968	24-UF DF
25-Código CNES 6437141	26-Código CBO S 09
025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	27-Número na CRO 1968
28-UF DF	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			07/08/25		
2-	00811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			07/08/25		
3-	00811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			07/08/25		
4-	00811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			07/08/25		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 07/08/25	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 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), 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

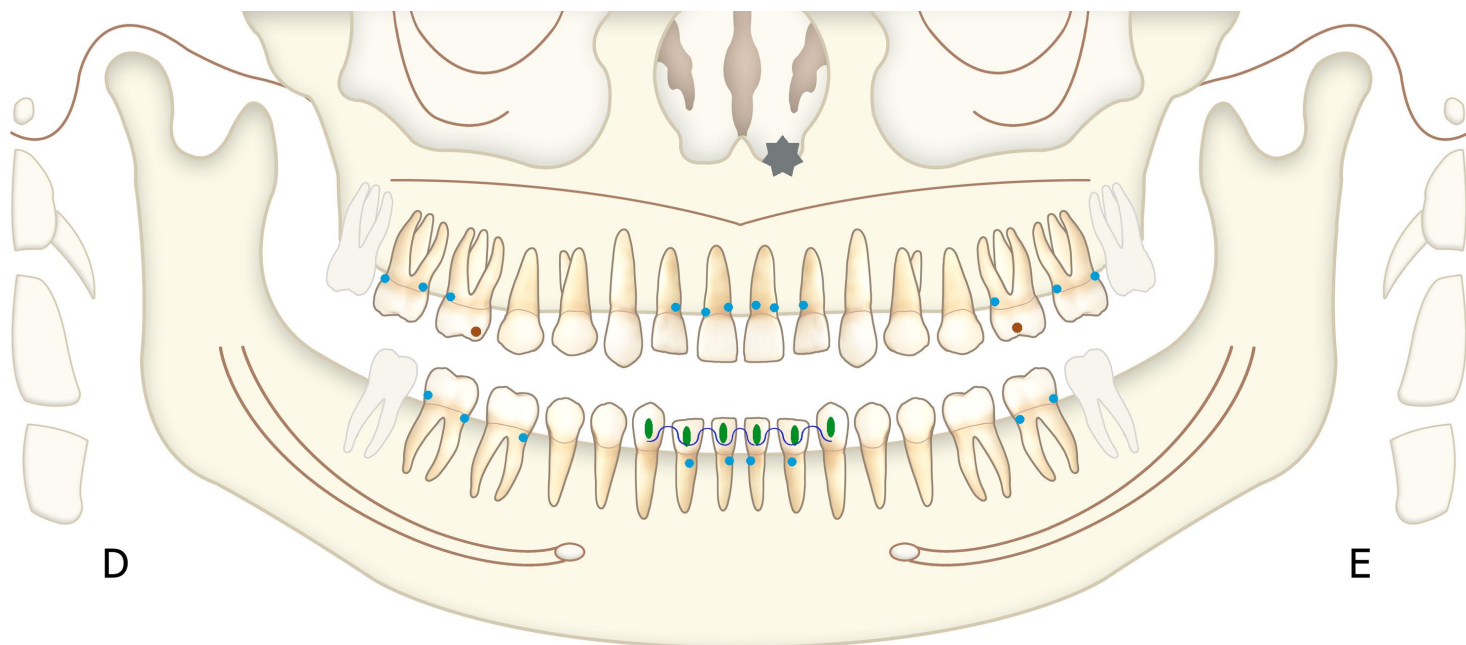
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dr. Arlette A. Gomes
Radiologista
CRO-DF 1968

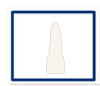


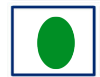


1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 29/10/2017		4-Data de Autorização 29/10/2017		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14174838		7-Data Validade da Senha 27/10/2017	
Dados do Beneficiário						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa NIPPONFLEX INDUSTRIA E		11-Data Validade da Carteira / /	
8-Número da Carteira 000202502111779000010011						12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano RODRIGO DE SOUSA AMARAL	
13-Nome RODRIGO DE SOUSA AMARAL						11/11/1989					
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	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 269815168000278		22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIOLOGISTICO EM ODONTOLOGIA		23-Número no CRO 1968		24-UF DF		25-Código CNES 6437141		Enviar - RX (I) 8000405	
26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO		27-Número no CRO 1968		28-UF DF		29-Código CBO S L73260					
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	0,00	0,00		02/08/25	X
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14	00	0,00	0,00		02/08/25	X
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14	00	0,00	0,00		02/08/25	X
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14	00	0,00	0,00		02/08/25	X
5	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	00	0,00	0,00		02/08/25	X
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	14	00	0,00	0,00		02/08/25	X
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RIL	1	14	00	0,00	0,00		02/08/25	X
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	14	00	0,00	0,00		02/08/25	X
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	14	00	0,00	0,00		02/08/25	X
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento 02/08/25		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\$ 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 e 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.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 02/08/25				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 21/09/2017	4-Data de Autorização 21/09/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14174838	7-Data Validade da Senha 21/09/2017	2403529 INTERCÂMBIO						
8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa NIPPONFLEX INDUSTRIA E		11-Data Validade da Carteira ___/___/___		12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
8-Número da Carteira 000202502111779000010011		13-Nome RODRIGO DE SOUSA AMARAL		14-Telefone (___) _____		15-Nome do titular do plano RODRIGO DE SOUSA AMARAL		11/11/1989				
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				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2698151168000278		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 623200				
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				07/08/25		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00				07/08/25		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00				07/08/25		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00				07/08/25		
5	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00				07/08/25		
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00				07/08/25		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RRI		1	14,00				07/08/25		
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00				07/08/25		
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00				07/08/25		
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 09/09/25		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 1900,00		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(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 07/08/25			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/25			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**

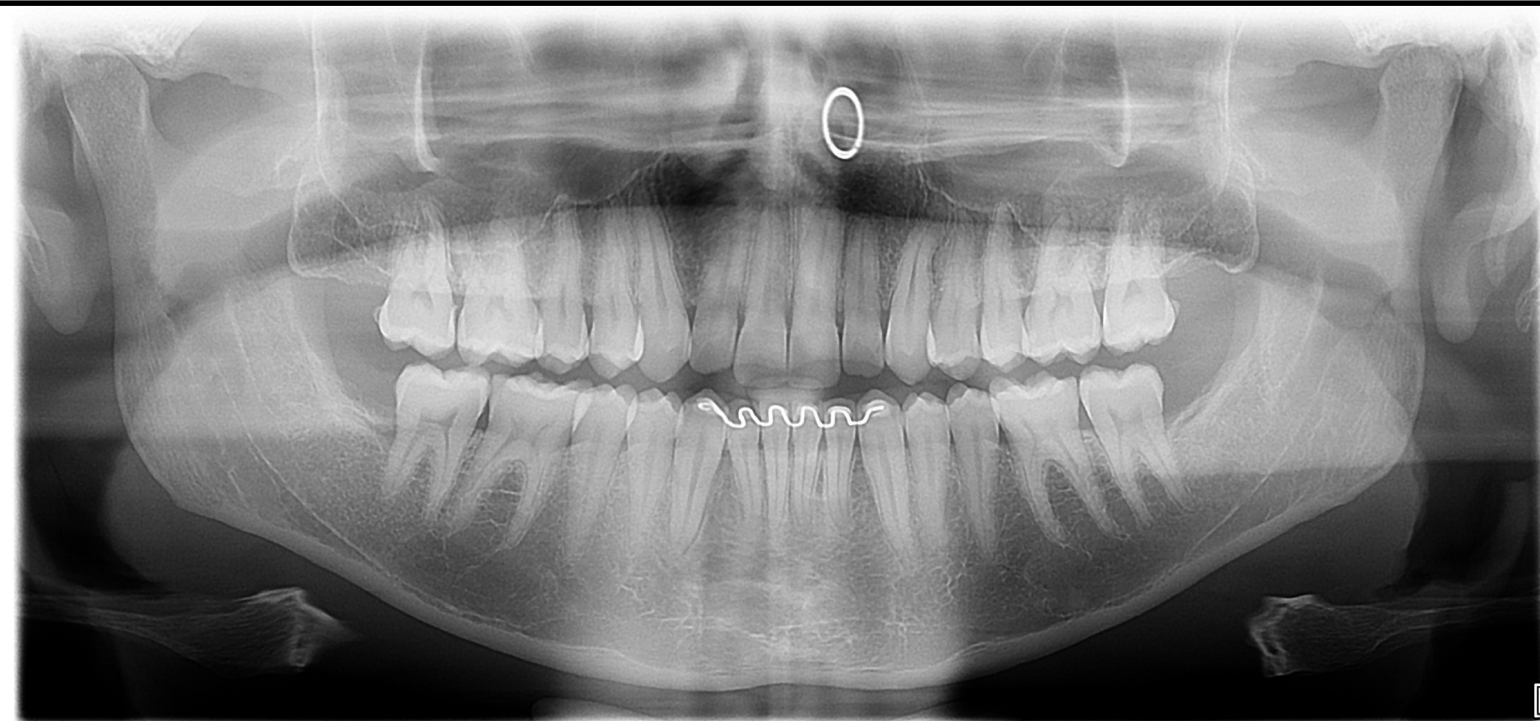


Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

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

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

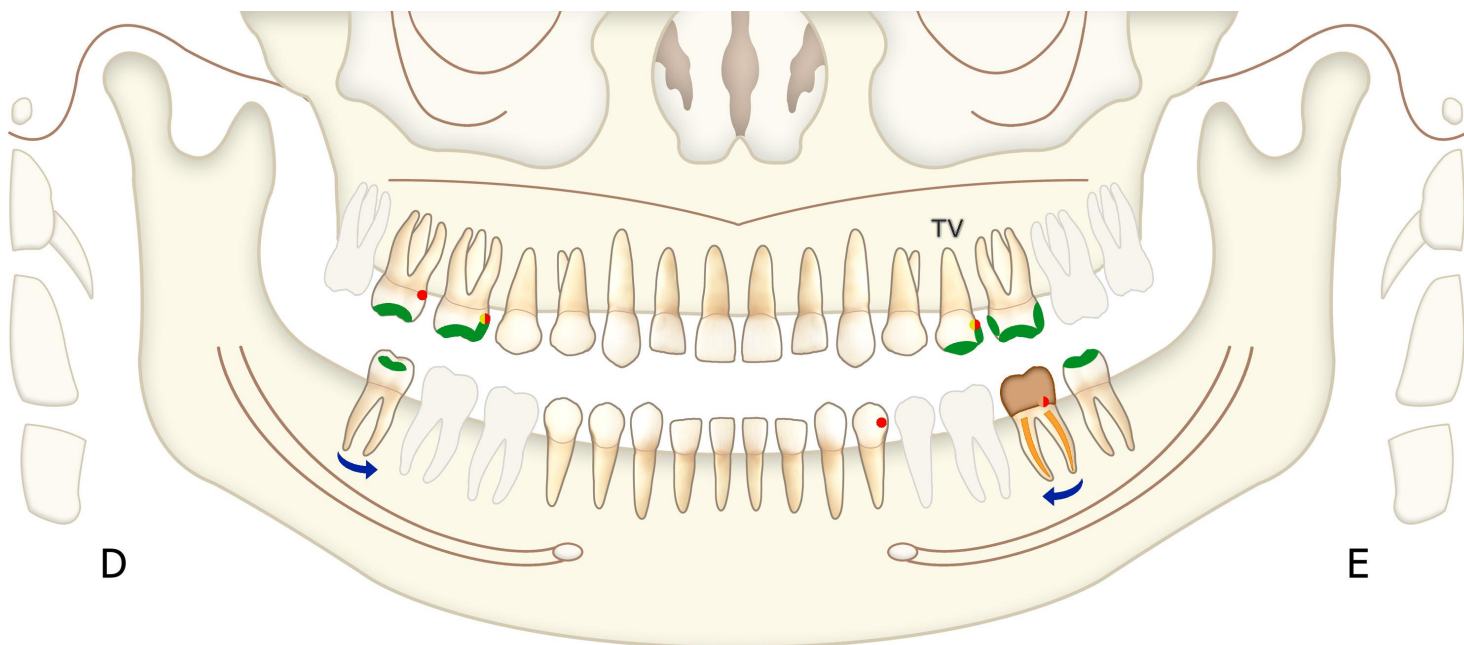
Radiodiagnóstico - Asa Sul












CRANEX



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: **395312**

Data: **07/08/2025**

Paciente: **LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA**

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

Indicação: **Dra Caroline Dourado**

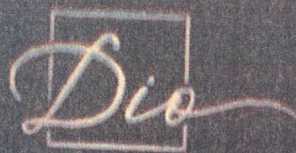


Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

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

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

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional



DOURADO
INSTITUTO ODONTOLÓGICO

Luciana Jessica Tellez de
Souza

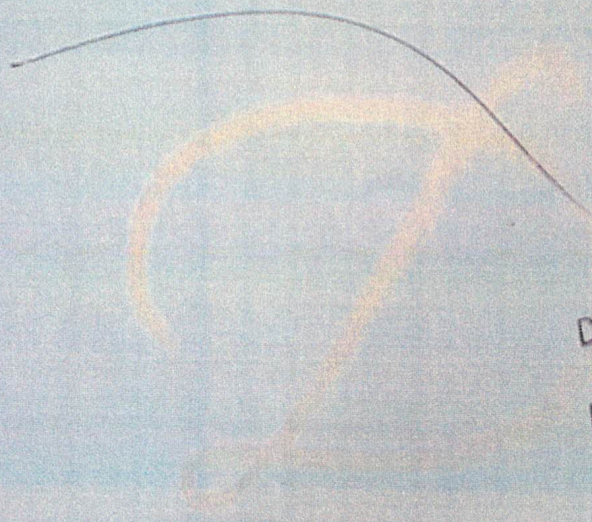
Carreira
07108
dentaluni

Solicito:

periapical total

bite a issa 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



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

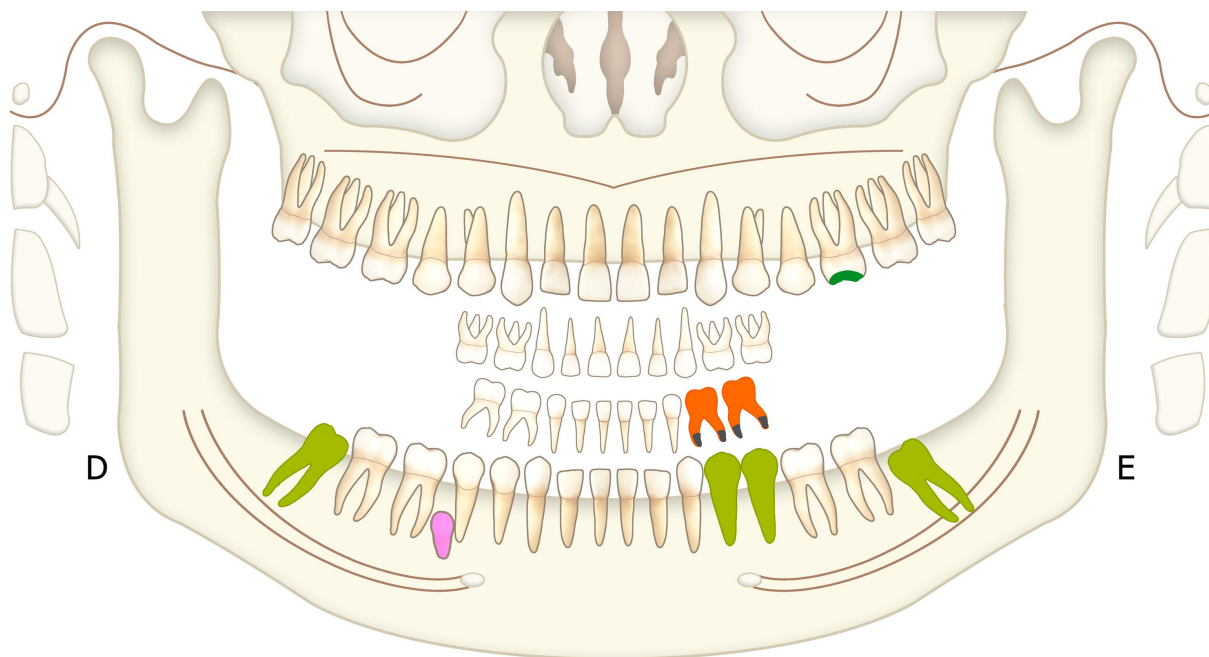
Esses exames não são feitos no consultório da clínica odontológica Boss, pois não possuímos o equipamento necessário.

Brasília; 13 de agosto de 2025







Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Atenciosamente,

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.

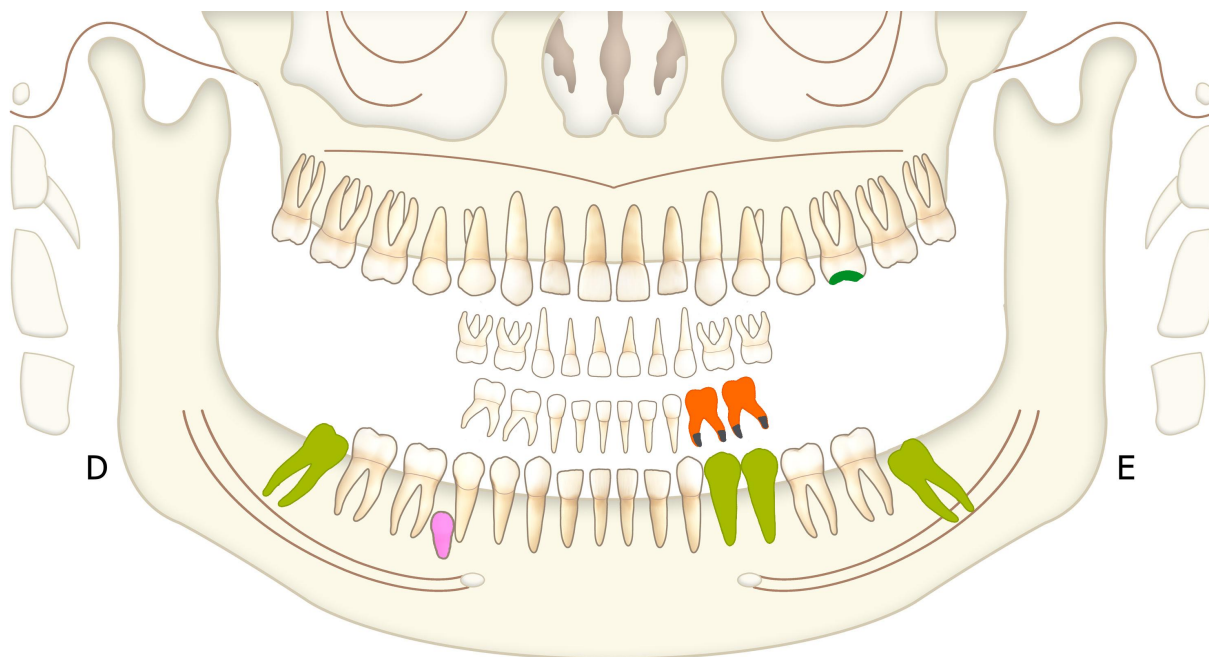
Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

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.





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**

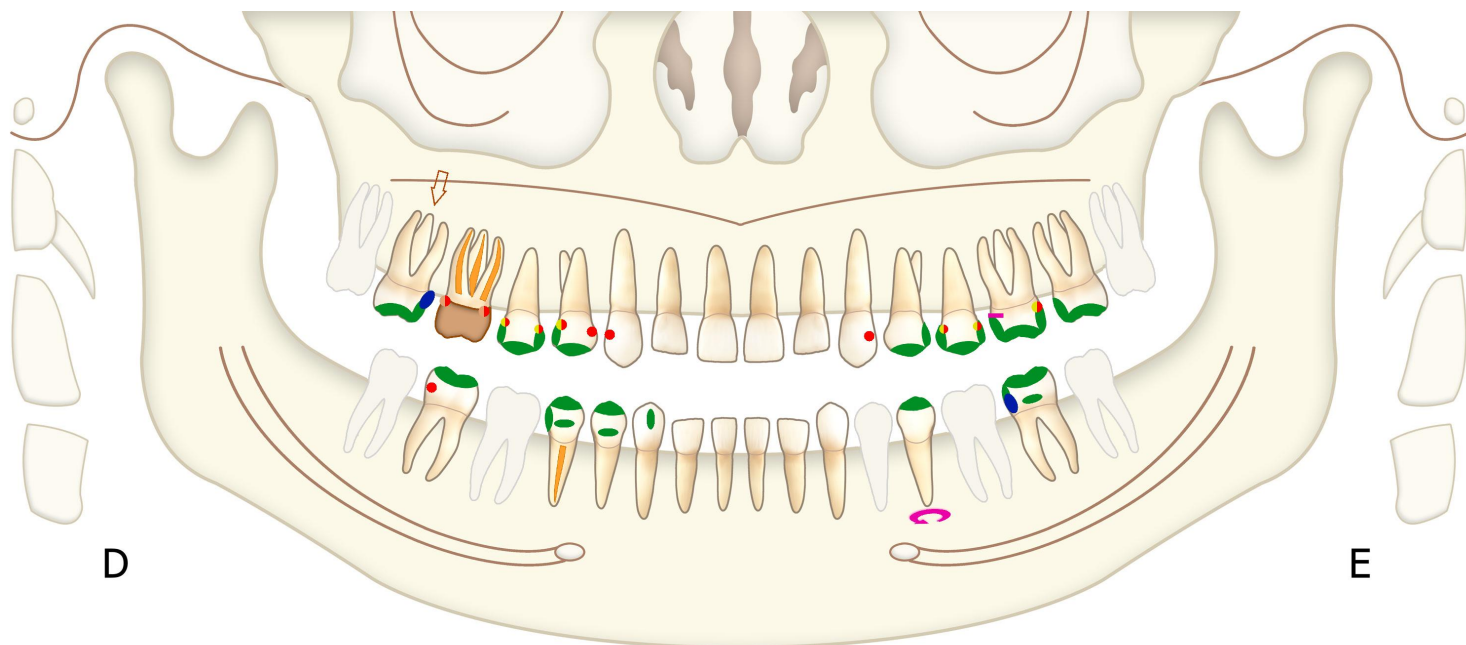


Atenção: Não dobre ou amasse este exame.













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

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

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional



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-oclusão / infra-oclusão

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.

À CLINICA DE RADIOLOGIA

*Caumã
27/08
dental uni*

Solicito para:

Paciente: Regiane Nascimento dos Santos

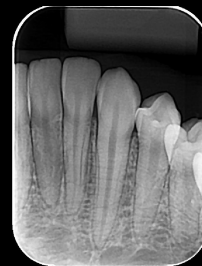
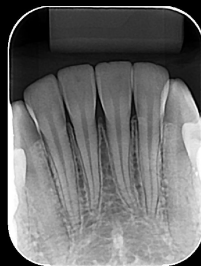
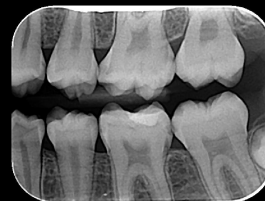
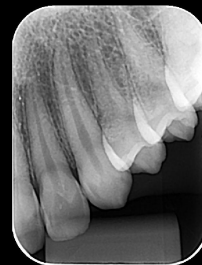
- () RX Panorâmica para avaliação cirúrgica.
(☒) RX Periapical total, para avaliação de procedimento periodontal.
(☒) RX Bite-wings de molares e pré-molares direito e esquerdo, para avaliação de cáries interproximais.
() RX Periapical dos elementos: _____

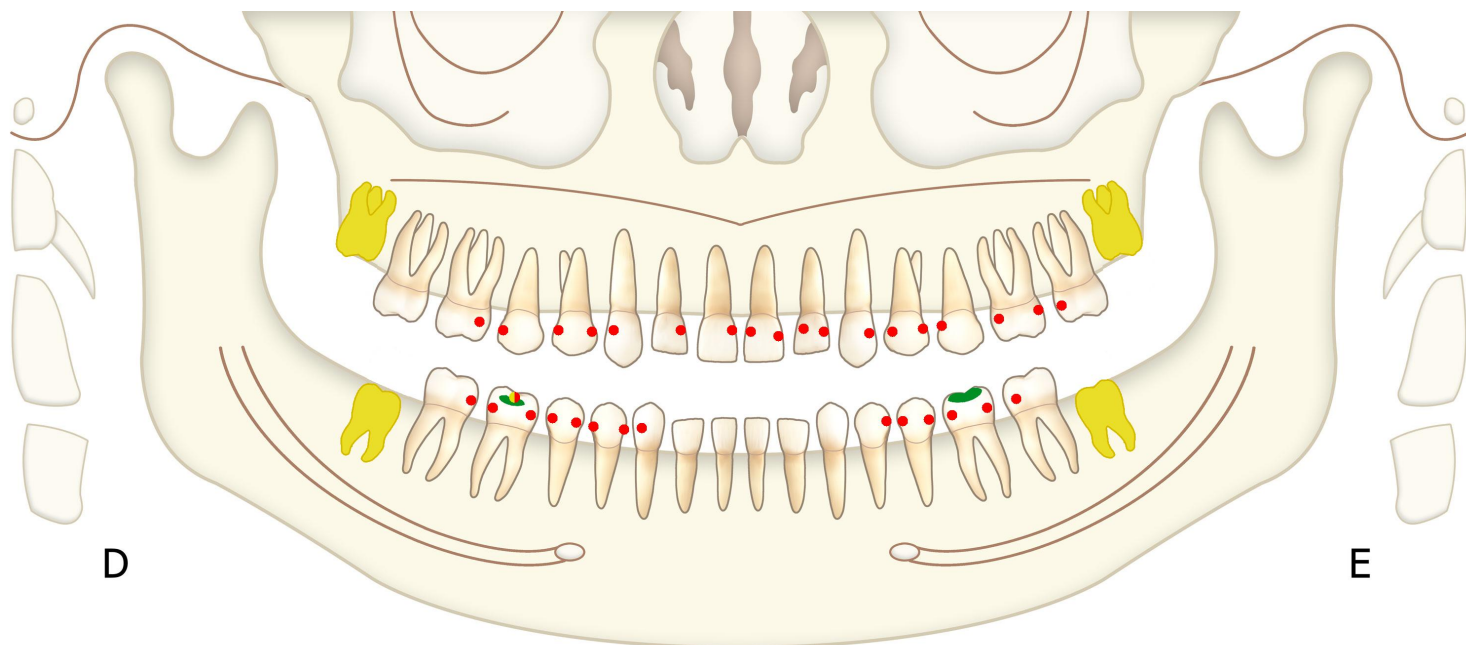
Justificativa:

Avaliação de cáries

Brasília-DF, 21/8/25

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





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.

À CLINICA DE RADIOLOGIA

Camila
27108
dental
uni

Solicito para:

Paciente: Samira dos Santos Silva

(X)RX Panorâmica para avaliação cirúrgica.

(x)RX Periapical total, para avaliação de procedimento periodontal.

(X)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, 22/8/25

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