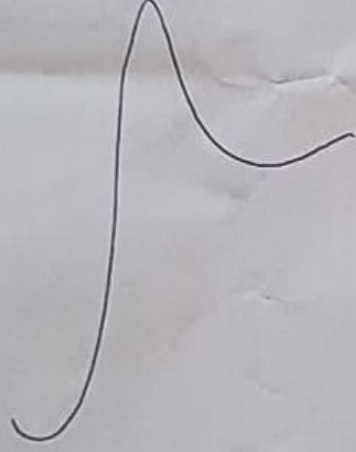


Para Fungo Concreto Barba Indentados

- Instrumental odontológico - (edigo 345)



Salvador, 26/04/22


Dra. Monica de O. Hotta
Cirurgiã dentista
CRO-BA-6490

Rua Frederica Simões.85 Edif. Simões, sala 1208
Caminha das árvores. Salvador-Ba (71)993792605



Para: Cleane Nunes dos Santos

Soluto

Panoramia 5/ laudo para fins
diagnostico de carie

Salvador, 08 de 08 de 2022


Isabela Nogueira Sá
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 16823

Av Sete de Setembro, 302 - Edif. Fernandez 8º andar Sl. 816 - Salvador -Ba - CEP: 40.060-001
Tels.: 71 3052-0722 / 9 8553-2001
Email.:oralcaresfs@gmail.com



1089092
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/81/22	4-Data de Autorização 04/10/81/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10212065	7-Data Validade da Senha 02/11/22
8-Número do Cartão 00202550261200000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome GEOVANA DE JESUS SANTOS			
14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GEOVANA DE JESUS SANTOS			
16-Abandono a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 10506		19-UF BA	
20-Código CBO S 09		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179		22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL	
23-Número no CRO 10506		24-UF BA		25-Código CNES 9417281	
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506		28-UF BA	
29-Código CBO S		25-Código CNES 9417281			

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

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 Oclusa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 04/11/22	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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 04/11/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

CROBA 8195



Camila Neiva
ODONTOLOGIA
CRO 20004

Geovana de Jesus Santos

Solicitto Panorâmica em Topo.

Com Finalidade : Extração.

Dra. Camila Neiva Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA 20004



(71) 99123-4803



@camilaneivaa



dracamilaneiva@hotmail.com



Av. Luis Viana, 7416, Alphaville I, Ed. Alpha Medical Center, Sala 811
Salvador - BA / CEP- 41701-005

Pava: Guilherme Araújo dos Reis

Solicito:

- Panorâmica em topo;
- Telerradiografia de perfil com análise de

Ricketts;

- Fotos extra-buciais: frente, sorrindo,

- Fotos intra-buciais: perfil esquerdo;

perfil direito e perfil esquerdo;

- Fotos intra-buciais: frente, perfil direito,
perfil esquerdo, arco superior e arco inferior.

Schudson, 28/07/2022

Dra. Anyele Matos

~~Dra. Anyele Matos~~

Cliniciante



1092772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400414 3-Data de Emissão da Guia 08/08/22 4-Data de Autorização 08/08/22 5-Sessão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10222275 7-Data Validade da Sessão 06/11/22

8-Número da Carteira 00202543618100000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Cartão Nacional de Saúde 13-Nome GUILHERME ARAUJO DOS REIS 14-Telefone 23/02/2011 15-Nome do titular do plano CARLIANE ARAUJO FERREIRA DOS SANTOS

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 10506 19-UF BA 20-Código CBO S 09 21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179 22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL 23-Número no CRO 10506 24-UF BA 25-Código CNES 9417281 26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES 27-Número no CRO 10506 28-UF BA 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	00348	DOC ORTODONTICA "E"			1	313,00	0,00		S	08/08/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 08/08/22 44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 313,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação

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

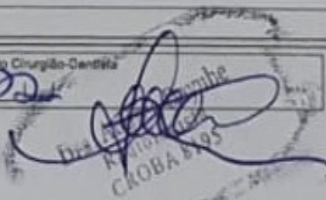
49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa





TRÊS ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

Pava: Incisivo Sengz fruits

Rx

Schito reio x panonâmio in
topo pare endentis.

ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

Dra. Sheila C. Ferreira
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA. 11671

SSIA 22.03.22

(71) 99158-7810



(71) 3372-2579



tresodontologiaespecializada



Av. Antônio Carlos Magalhães, 2487

Ed Fernandez Plaza, sl 1303 CEP: 40280-00

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1074649
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10169071	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
8-Nome do Beneficiário INAIARA SOUZA FREITAS			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Data Validade da Carteira / /		
14-Telefone 29/11/1993			15-Nome do titular do plano INAIARA SOUZA FREITAS		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 10506	19-UF BA
20-Código CBO S 09		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179		22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL	23-Número no CRO 10506
24-UF BA		25-Código CNES 9417281		26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES	27-Número no CRO 10506
28-UF BA		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raigão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão / Término do Tratamento 25/10/2012	44-Tipo de Atendimento Tratamento Odontológico: 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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 25/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Andréa Radiologia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Inaiara Souza Freitas	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	--	-------------------------------------



Gruppo Orale

SOLICITAÇÃO

A/C:

Joilson Santos da Paixão

Solicito radiografia panorâmica em topo para diagnóstico.

Salvador, 11/08/22

Luiz Ramos
Endodontista
CRO-BA: 13.673

www.gruppo

+ (71) 4141.7771

✉ contato@gr

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-40



1120223
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/2012	4-Data de Autorização 26/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10298756	7-Data Validade da Senha 24/11/2012
8-Número da Carteira 00202548470400000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa JOILSON SANTOS DA PAIXAO		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome JOILSON SANTOS DA PAIXAO			
14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano JOILSON SANTOS DA PAIXAO			
16-Atendimento a RN N					
17-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 31/12/1969					
18-Número no CRO 10506		19-UF BA		20-Código CBO S 09	
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179		22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL		23-UF BA	
24-UF BA		25-Código CNES 9417281		26-Código CBO S	
27-Número no CRO 10506		28-UF BA		29-Código CBO S	
30-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES					
31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

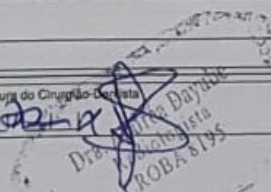
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Recusa
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			26/08/2012	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

42-Data Previsto Término do Tratamento 26/08/2012	43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US 78,00	46-Valor Total R\$ 0,00	47-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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/08/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 26/08/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/08/2012
--	--	---	--



24



1096907
INTERCÀMBIO

1-Região: XXX 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/08/22		4-Data de Autorização 10/08/22		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10234003		7-Data Validade da Senha 08/11/22		1096907 INTERCÂMBIO									
8-Forma do Cartão 00202550459000000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade do Cartão / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome LETICIA CERQUEIRA SANTOS SENA				14-Telefone 23/10/2004 () -		15-Nome do titular do plano MARILENE CERQUEIRA DA SILVA SENA															
16-Atendimento a RN N												17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 10506		19-UF BA		20-Código CRO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179				22-Nome do Contratado Excludente RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL				23-Número no CRO 10506		24-UF BA		25-Código CNES 9417281									
26-Nome do Profissional Excludente PAULA SILVA MORAES								27-Número no CRO 10506		28-UF BA		29-Código CRO S									

Formulário de Atendimento / Procedimento Solicitado												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mulher da Grávida	42-Assinatura
1-0	0348	DOC ORTODONTICA "E"			1	313,00	0,00			S	10/08/22	X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Data de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1-Total 2-Parcial

313,00

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.

50-Caixa Postal e Assinatura do(a) Solicitante			51-Data, local e Assinatura do(a) Profissional-Dentista	52-Data, local e Assinatura do(a) Beneficiário (Responsável)	53-Data, local e Carimbo da Empresa
1008/22			1008/22	1008/22	

Pac: Letícia Cerequeira Santos Sena

Solicitado para fins ortodônticos:

- Panorâmico em bico;
- Telerradiografia de perfil com análise de Ricketts;
- Fotos intra-bucais: frente, perfil direito, perfil esquerdo, arco superior e arco inferior;
- Fotos extra-bucais: frente, sorrindo, perfil direito, perfil esquerdo.

Salvador, 09/08/2022


Dra. Liliane Batista
Ortodontia
CROBA-10135

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1080031
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 28/07/2022	4-Data de Autorização 28/07/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10185524	7-Data Validade da Senha 26/10/2022
8-Número do Cartão 00202545777200013901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNION ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA REGINA BRITO			14-Telefone 19/02/1974	15-Nome do titular do plano LUCIANA REGINA BRITO	
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-UF BA	
19-Código de Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179		20-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL		21-Número no CRO 10506	22-UF BA
23-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		24-Número no CRO 10506		25-UF BA	26-Código CBO S 09
27-UF BA		28-Código CBO S 9417281		29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			28/07/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

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



Império Sorriso
Clínica Odontológica

Seleto a parente Lucene
Regine Bito, para radiografar
Peronete tipo e tipo por
motivo de analogia.

Dra. Sandra Crisóstomo de Oliveira
Cirurgia - Dentista
CRO-BA 16305

Sandra, 28/06/22

Avenida Dorival Caymmi, nº 14193
Edif. Walter Negreiros - Itapua - 41635-150 - Salvador - BA
Fone: (71) 3013.3953 - E-mail: sandra_6214@hotmail.com



1066952
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO: 405414
2-Data de Emissão da Guia: 20/07/2022
3-Data de Autorização: 20/07/2022
4-Sinistro: AUTORIZADO
5-Número da Guia Principal: 10148954
6-Data Validade da Servir: 18/10/2022

7-Número do Cartão: 00202547637700000101
8-Plano: POS REDE PRESTADORA
9-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
10-Data Validade do Cartão: / /
11-Número do Centro Nacional de Saúde: / /

12-Nome: LUCIVALDA FERREIRA LIMA
13-Data de Nascimento: 09/07/1977
14-Telefone: () -
15-Nome do titular do plano: LUCIVALDA FERREIRA LIMA

16-Atendimento a 05: N
17-Nome do Profissional Solicitante:
18-Número no CRO: 10506
19-UF: BA
20-Código CBO S: 09
21-Código CNES: 9417281
22-Nome da Central de Atendimento: RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DIGITAL
23-UF: BA
24-Código CBO S: 09
25-UF: BA
26-Código CBO S: 09
27-UF: BA
28-Código CBO S: 09
29-UF: BA
30-Código CBO S: 09
31-UF: BA
32-Código CBO S: 09
33-UF: BA
34-Código CBO S: 09
35-UF: BA
36-Código CBO S: 09
37-UF: BA
38-Código CBO S: 09
39-UF: BA
40-Código CBO S: 09
41-UF: BA
42-Código CBO S: 09
43-UF: BA
44-Código CBO S: 09
45-UF: BA
46-Código CBO S: 09
47-UF: BA
48-Código CBO S: 09
49-UF: BA
50-Código CBO S: 09
51-UF: BA
52-Código CBO S: 09
53-UF: BA
54-Código CBO S: 09
55-UF: BA
56-Código CBO S: 09
57-UF: BA
58-Código CBO S: 09
59-UF: BA
60-Código CBO S: 09
61-UF: BA
62-Código CBO S: 09
63-UF: BA
64-Código CBO S: 09
65-UF: BA
66-Código CBO S: 09
67-UF: BA
68-Código CBO S: 09
69-UF: BA
70-Código CBO S: 09
71-UF: BA
72-Código CBO S: 09
73-UF: BA
74-Código CBO S: 09
75-UF: BA
76-Código CBO S: 09
77-UF: BA
78-Código CBO S: 09
79-UF: BA
80-Código CBO S: 09
81-UF: BA
82-Código CBO S: 09
83-UF: BA
84-Código CBO S: 09
85-UF: BA
86-Código CBO S: 09
87-UF: BA
88-Código CBO S: 09
89-UF: BA
90-Código CBO S: 09
91-UF: BA
92-Código CBO S: 09
93-UF: BA
94-Código CBO S: 09
95-UF: BA
96-Código CBO S: 09
97-UF: BA
98-Código CBO S: 09
99-UF: BA
100-Código CBO S: 09

21-Código de Operador / CNPJ / CPF: 26402304000179
22-Nome do Contratado Especialista: RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DIGITAL
23-Número no CRO: 10506
24-UF: BA
25-Código CBO S: 09
26-Código CNES: 9417281
27-Número no CRO: 10506
28-UF: BA
29-Código CBO S: 09
30-UF: BA
31-Código CBO S: 09
32-UF: BA
33-Código CBO S: 09
34-UF: BA
35-Código CBO S: 09
36-UF: BA
37-Código CBO S: 09
38-UF: BA
39-Código CBO S: 09
40-UF: BA
41-Código CBO S: 09
42-UF: BA
43-Código CBO S: 09
44-UF: BA
45-Código CBO S: 09
46-UF: BA
47-Código CBO S: 09
48-UF: BA
49-Código CBO S: 09
50-UF: BA
51-Código CBO S: 09
52-UF: BA
53-Código CBO S: 09
54-UF: BA
55-Código CBO S: 09
56-UF: BA
57-Código CBO S: 09
58-UF: BA
59-Código CBO S: 09
60-UF: BA
61-Código CBO S: 09
62-UF: BA
63-Código CBO S: 09
64-UF: BA
65-Código CBO S: 09
66-UF: BA
67-Código CBO S: 09
68-UF: BA
69-Código CBO S: 09
70-UF: BA
71-Código CBO S: 09
72-UF: BA
73-Código CBO S: 09
74-UF: BA
75-Código CBO S: 09
76-UF: BA
77-Código CBO S: 09
78-UF: BA
79-Código CBO S: 09
80-UF: BA
81-Código CBO S: 09
82-UF: BA
83-Código CBO S: 09
84-UF: BA
85-Código CBO S: 09
86-UF: BA
87-Código CBO S: 09
88-UF: BA
89-Código CBO S: 09
90-UF: BA
91-Código CBO S: 09
92-UF: BA
93-Código CBO S: 09
94-UF: BA
95-Código CBO S: 09
96-UF: BA
97-Código CBO S: 09
98-UF: BA
99-Código CBO S: 09
100-UF: BA

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Aux
1	00348	DOC ORTODONTICA "E"			1	313,00	0,00			20/07/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Código Prestado Termino do Tratamento: 20/07/22
44-Tipo de Atendimento: 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Pagamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 313,00
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 do tratamento. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) em 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, o valor do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

49-Observação:

50-Assinatura, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 20/07/22
51-Assinatura, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente: 20/07/22
52-Assinatura, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 20/07/22
53-Assinatura, local e Carimbo da Empresa: / /



P/ Luíza Valda Ferreira Lima

Solista documentação odontológica:

· Radiografia panorâmica

Teleoradiografia

01 traçado cefalométrico

08 fotos (frente, perfil e intra-bucal)

módulo de estudo superior e inferior

T 26:30

Dra. Maíra Fonseca
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA 23693



ORALCLEAN
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Sr(a) LUCIENE NOGUEIRA

Solicito:

Radiografia Periapical boca completa para
avaliação periodontal.



Dr. Roberto Nogueira Nogueira
Perodontista
CRD-34.2020

Salvador, 24/08/2022

O(a) paciente foi orientado(a) sobre a necessidade de
realização deste exame, e da importância do mesmo
para o bom andamento do seu tratamento, deixando
aqui o seu ciente. *x. Luciene Nogueira*

E-mail para envio das radiografias:
fotospacientesoralclean@outlook.com

Não enviar para o email:
clinicaoralclean@hotmail.com

ITAIGARA

Av. ACM, nº 454, Edif. Office Center, sala 404.
TEL: (71) 3353-1495

SÃO MARCOS

Av. São Rafael, Edif. Evolution Business, nº 1405, sala 101.
TEL: (71) 3399-0116

E-MAIL: clinicaoralclean@hotmail.com

1117350

Dec 11 1995

1086429
INTERCÁMBIO

3-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Cota 10/3/10 8/12/21	4-Data de Autorização 10/3/10 8/12/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Cota Principal 10204255	7-Cota Valente da Série 10/3/11/12/21
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número da Carteira Nacional do Sinal	
13-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano MARCOS HENRIQUE OLIVEIRA PINTO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número na CRO 10506		19-UF BA		20-Código CE3 B 00		025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 216402304000179			22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL		23-Número na SRO 10506		24-UF BA		25-Código CHES 9417281	
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES				27-Número na CRO 10506		28-UF BA		29-Código CE3 B		

[illegible]

43- Data Provável Término do Tratamento 03/07/22	44- Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exat e Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45- Forma de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46- Total Quantidade US\$ 2 2 2 0 0	47- Total Total R\$ 0 0 0	48- Total Parcial Total R\$ 0 0 0
---	--	---	--	------------------------------	--------------------------------------

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 responsável e estar sob o devido acompanhamento e controle. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fô(ve)ram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional(s) contratado(s) pelo plano de saúde, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação	
49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2022 49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2022 49-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 11/11/2022 49-Data, local e Carimbo da Empresa 	

Centro de Odontologia Estética

Av Tancredo Neves, 909, sala 1801, André Guimarães Business Center,
Caminho das Árvores. Tel: 3341-5777 e Whatsapp: 71-3494-8683

PARA SR MARCOS HENRIQUE OLIVEIRA PINTO

Solicito

RADIOGRÁFIAS PERIAPICAIS TODAS AS UNIDADES.

OBJETIVO DOS EXAMES :

PESQUISA DE ABCESSO PERIAPICAL E RELAÇÃO DAS
CÁRIES COM A CÂMARA PULPAR. DIVERSOS ELEMEN-
TOS COM CAVIDADE EXTENSA.

SSA 03/08/22

Dra. Nara Pace
Implantodontia e Prótese
CROBA 9010



NP Dra Nara Pace Pina
ODONTOLOGIA ESTÉTICA
Especialista em Prótese Dental
Especialista em Implantodontia

15 anos construindo sorrisos
NARAPACE@HOTMAIL.COM



Camila Neiva
ODONTOLOGIA

CRO 20004

Modesto Cordeiro da Silva

Solicito Panorâmica em

Topo.

Finalidade -> Extrações,

Reabilitação oral

Dra. Camila Neiva Costa
Cirurgia Dentista
CRO-BA 20004



(11) 9623-4461



@camilaneiva



dracamilaneiva@hotmail.com



Rua Lacerda, 718 - Alto da Moura - Curitiba, PR

Telefone: (41) 3337-1000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



3-Nº

1095687
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/22	4-Data de Autorização 10/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10230572	7-Data Validade da Senha 08/11/22
8-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome MODESTO CORDEIRO DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MODESTO CORDEIRO DA SILVA	
16-Atendimento à RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante			18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179			22-Nome do Controlado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL	23-Número no CRO 10506	24-UF BA
25-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES			26-Número no CRO 10506	27-UF BA	28-Código CBO S
29-Código CNES 9417281					
30-Data de Realização 10/08/22					
31-Valor Total 78,00					
32-Valor Total 0,00					
33-Valor Total 0,00					

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			10/08/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização 10/08/22	44-Data de Atendimento 10/08/22	45-Valor Total 78,00	46-Valor Total 0,00	47-Valor Total 0,00	48-Valor Total 0,00
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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 10/08/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/22	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 10/08/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



1092766
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414		3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012		4-Data de Autorização 08/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10222264		7-Data Validade da Senha 06/11/2012		1092766 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário:													
8-Nome do Cartão 00202543618100000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade do Cartão / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MURIELE ARAUJO DOS REIS						14-Telefone 11/12/2012		15-Nome do titular do plano CARLIANE ARAUJO FERREIRA DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:													
16-Absolimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante				18-Número no CRO 10506		19-UF BA		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código do Operadora / CNPJ / CNP 26402304000179				22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL				23-Número no CRO 10506		24-UF BA		25-Código CNES 9417281	
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES						27-Número no CRO 10506		28-UF BA		29-Código CBO S			

[illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3 1 3 0 0	0 0 0	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, avalio e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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.

4.5. Observations

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Pac: Muriele Araújo dos Reis

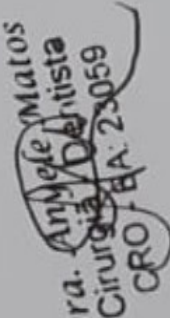
Solicito:

- Telerradiografia de perfil com análise de

Ricketts;

- Panorâmica em topo;
- Fotos extra-bucais: frente, sorriso, perfil direito e perfil esquerdo;
- Fotos intra-bucais: frente, perfil direito, perfil esquerdo, arco superior e arco inferior.

Salvador, 28/02/2022


Dra. Anyele Matos
Cirurgiã Dentista
CRO BA 23059



1077211
INTERCÂMBIO

1-Plano de Tratamento: 406414
2-Data de Emissão da Guia: 27/07/2022
3-Data de Autorização: 27/07/2022
4-Senha: AUTORIZADO
5-Número da Guia Principal: 10176954
6-Data Validade da Guia: 25/10/2022

7-Número do Cartão: 00202548670500000101
8-Plano: POS REDE PRESTADORA
9-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
10-Data Validade do Cartão: / /
11-Número do Cartão Nacional de Saúde: / /

12-Nome: PAULO ROBERTO SILVA SANTOS
13-Data de Nascimento: 23/01/1979
14-Telefone: () -
15-Nome do Titular do Plano: PAULO ROBERTO SILVA SANTOS

16-Atendimento a PR: N
17-Nome do Profissional Solicitante:
18-Número no CRO: 10506
19-UF: BA
20-Código CRO S: 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP: 26402304000179
22-Nome do Contratado Executante: RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL
23-Número no CRO: 10506
24-UF: BA
25-Código CNES: 9417281
26-Nome do Profissional Executante: PAULA SILVA MORAES
27-Número no CRO: 10506
28-UF: BA
29-Código CRO S:
30-Atividade: 025 - Faturar Empresa
31-Enviar - RX: (I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE
(I) 81000375-RME

Nome do Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Medici da Clínica	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00					
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00					
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00					
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Total Franquia / Co-participação do Tratamento: 42,00
44-Total 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: 42,00
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 apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Paula Moura
R. 1000
CROBA 8195



Clinica de Ortodontia Especializada

Solicite para o Sr Paulo Roberto Silva Santos,
radiografia panorâmica toda e interqu-
dimal cuneito e esquerdo. Com finalidade
de avaliação das estruturas dentárias.

SSA.21/07/22

Valéria
Dra. Valéria Lavori
Cirurgia dentista
CROBA 16254

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2P



1075935
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 26/07/22	4-Data de Autorização 28/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10173081	7-Data Validade da Senha 24/10/22
8-Número do Cartão 00202549920100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TIAGO CONCEICAO BARBOSA		14-Telefone 29/12/1987	15-Nome do titular do plano TIAGO CONCEICAO BARBOSA		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CNPJ 26402304000179	22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL	23-Número no CRO 10506	24-UF BA	25-Código CNES 9417281	
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Data de Realização	40-Motivo da Omissão	41-Assinatura
1-	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00				
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

42-Data de Emissão da Guia	43-Data de Atendimento	44-Data de Faturamento	45-Total Quantidade US	46-Valor Total R\$	47-Total Franquia / Co-participação R\$
			381,00	0,00	

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

48-Observação	49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	51-Data, local e Carimbo da Empresa