



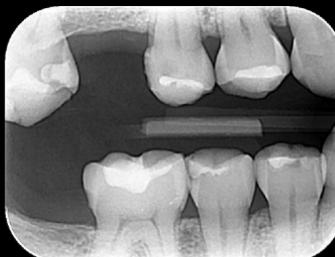
Atendimento: **389100**

Data: **03/06/2025**

Paciente: **WILLIAM DE OLIVEIRA PEREIRA**

Nascimento: **01/01/1989 - 36 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.

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional



Atendimento: 389100

Data: 03/06/2025

Paciente: WILLIAM DE OLIVEIRA PEREIRA

Nascimento: 01/01/1989 - 36 anos e 5 meses

Indicação: Dr Marcelo Mendonça



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

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

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

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

BOSS Medicina Odontologica Integrativa

Quadra SQS 304 Bloco G

SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

Asa Norte - Brasilia - DF 70077-000

(61)99680-2424



SOLICITAÇÃO

Paciente: William de Oliveira Pereira

Solicito:

Panoramica - Visualização de exodontia

Periapical Dente 15 e 27 - Tratamento Endodontico

Bite Wing de Molares e Pre Molares - Visualização Carie Interproximal

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião Dentista
CRO / DF 15987

Dr. Marcelo Mendonça
CRO / DF 15987
Brasilia, 29 de Maio de 2025





Solicitação de Radiografia

Paciente: **Lara Fernanda Jesus Silva**

Solicito radiografia periapical total para avaliação endodontica e periodontal .

Brasilia, 12 de junho de 2025

Dr. Marcus Mattos Scherrer
Periodontia e Implantodontia
CRO/DF 2096 /E315

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



L

Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

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

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

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

Doz
18106
Dente Uni



SOLICITAÇÃO DE EXAME

Paciente: Carla Cristina dos Santos Roseno

Solicito bite wing direito e esquerdo

Justificativa: Suspeita de cáries

Solicito panorâmica

Justificativa: avaliação para implante

Brasilia; 19/05/2025


Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

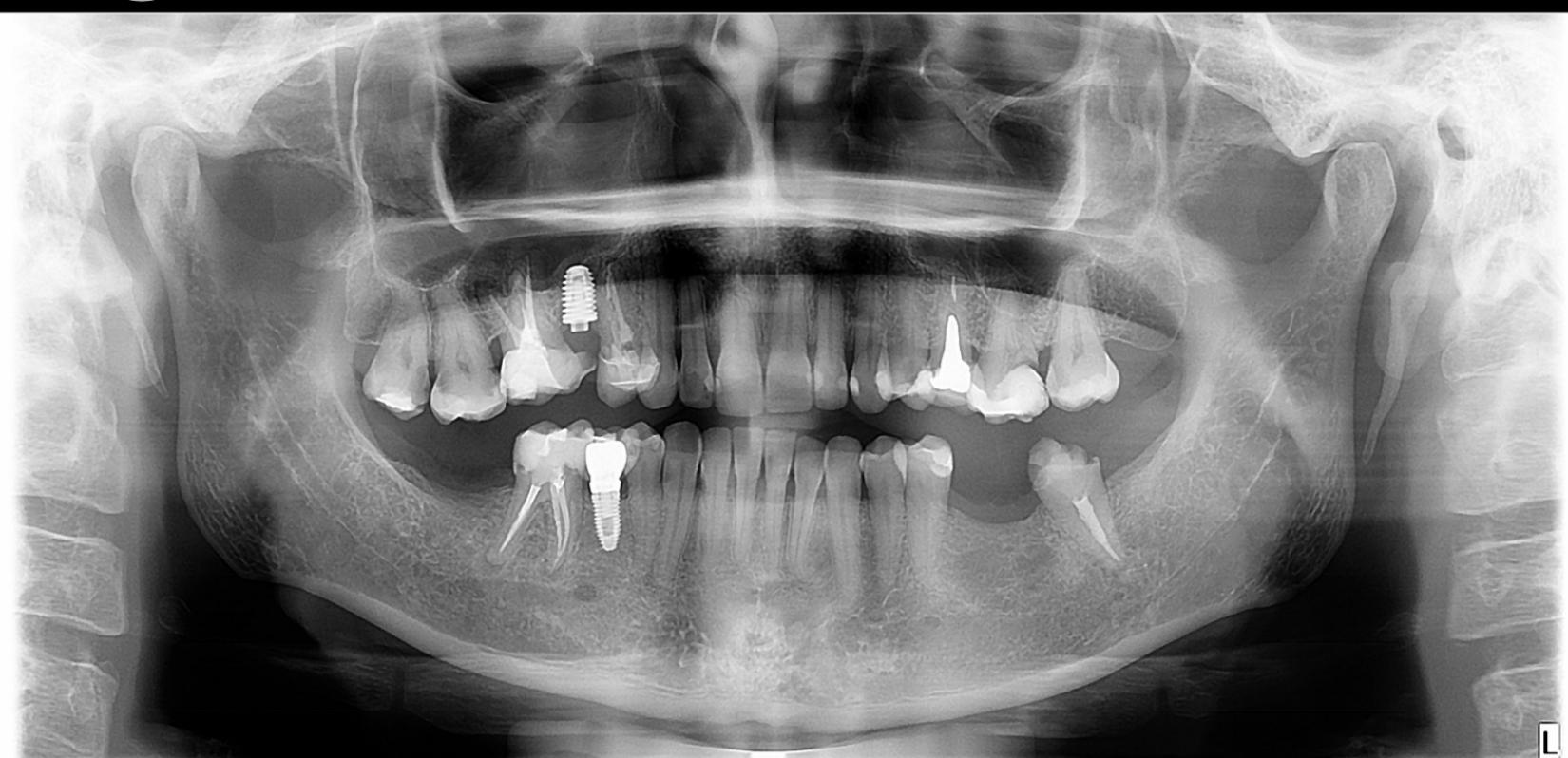
Atendimento: **391637**

Data: **01/07/2025**

Paciente: **LIDIANE ALVES CAMELO**

Nascimento: **01/08/1983 - 41 anos e 11 meses**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

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

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





RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA

radio@radiodiagnostico.com.br
www.radiodiagnostico.com.br

ASA NORTE

CONJUNTO NACIONAL

SDN, Torre Verde, Salas 4005/4007

Cep: 70077-900 Brasília-DF

• (61) 3328-9393

• (61) 98209-5432

E-mail: recepcao@cnb@gmail.com

Segunda a Sexta: 8h às 19h

Sábado: 8h às 12h

ASA SUL

CENTRO CLÍNICO SUL

SHLS 716, Conj. L, Torre II, Salas 321/323

Cep: 70390-700 Brasília-DF

• (61) 3963-9898

• (61) 98209-5444

E-mail: asasulradio@gmail.com

Segunda a Sexta: 8h às 19h

Sábado: 8h às 12h

Paciente *Lidiene Alves Corrêa*

D. Nasc. Convênio

Pedido pelo Dr.(a) *Marcelo Mendonça*

Endereço profissional

*Day
01/07
Dental Uri*

Fone

Data

Fone

E-mail

Finalidade do Exame Inicial Controle Final Outros

EXAMES RADIOGRÁFICOS

- Periapical Total *4 5*
 Periapical Total com bite-wing
 Periapical (Dentes Assinalados)

Localização Topográfica:

- Técnica de Clark Área patológica
 Dente retido Suprumerário
 Outros

Interproximais:

Molares D E
 Pré-Molares D E

Oclusal:

Maxila Mandíbula

Carpal (idade óssea)

- Panorâmica

- P.A. (Telefrontal) A.T.M.



- Telerradiografia: Com traçado Sem traçado

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- 1 pan + tele + modelo + fotos (8)
 2 pan + tele + modelo + fotos (8) + 4 bite wing
 3 pan + tele + modelo + fotos (8) + periapicais (canino a canino)
 4 pan + tele + modelo + fotos (8) + periapicais (canino a canino) + 4 bite wing
 5 pan + tele + modelo + fotos (8) + 14 periapicais + 4 bite wing

Análise Cefalométrica:

- USP Tweed Profis Bimler
 UNICAMP Steiner Laverne e Petrovick USP/UNICAMP
 UNESP Ricketts Adenóides Análise de Modelo
 MC Namara Jarabak Apnéia do Sono Análise Facial

Fotografias:

- Frente/Perfil (2) Sorriso (1) Intra Bucal (3) Oclusais (2) Overjet (2) Perfil Aproximado Close do Sorriso

MODELOS

- Modelo de Estudo

- Modelo de Trabalho

- Placa de Clareamento

- Placa de Bruxismo

Escaneamento Intra Oral:

- ESCANEAMENTO SEM IMPRESSÃO

- ESCANEAMENTO COM IMPRESSÃO: Modelo Impresso em 3D

Marque os Alinhadores:

- Invisalign Outros (Informar):

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

REGIÃO DE INTERESSE

- Maxila Total Mandíbula Total Dentes Assinalados
 ATM Bilateral Ramo Mandíbular (direito/ esquerdo)
 Seio Maxilar Seios da Face



PROTOCOLOS

- Maxila Mandíbula TC Print Dental Slice Biotomo/Cirurgia Guiada TC Siso Tecido Mole

FINALIDADE DO EXAME

- Implante Dentário Dente não irrompido Dente Suprumerário Periodontia/ Medidas de Tecido Gengival Área Patológica
 Suspeita de Trinca/ Fratura Exodontia Enxerto ósseo Endodontia/ Trepanação/ Perfuração/ Localização de Conduto
 Assinatura/Carimbo

Observações Clínicas:

Observações Importantes:

* Os valores informados por telefone, serão confirmados com a apresentação do pedido, quando do atendimento.

* Convênio Odontológico: É necessário apresentar receituário do dentista assinado e carimbado.

Envio dos Exames: CD E-mail Dicom Dental Slice Bloco de pedido

Dr. Marcelo Mendonça
 Cirurgião-Dentista
 CKC-DF 15987

www.radiodiagnostico.com.br

Atendimento: **392472**

Data: **09/07/2025**

Paciente: **CRISTINA TRAVASSOS DE OLIVEIRA**

Nascimento: **03/08/1972 - 52 anos e 11 meses**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**

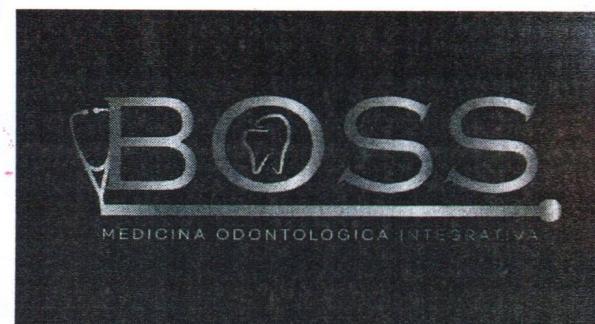


Day
09/07
Dental Uni

BOSS Medicina Odontologica Integrativa

Quadra SQS 304 Bloco G

SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional



Paciente: Cristina Travassos de Oliveira

SOLICITAÇÃO DE EXAME

Solicito panoramica

Justificativa: para possiveis exodonias e avaliação

Solicito bite wing de molares esquerdo e direito

Justificativa: para verificação de cáries interproximais

Brasília; 25 de junho de 2025

Atenciosamente,

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Dr. Marcelo Mendonça
CRO DF 15987



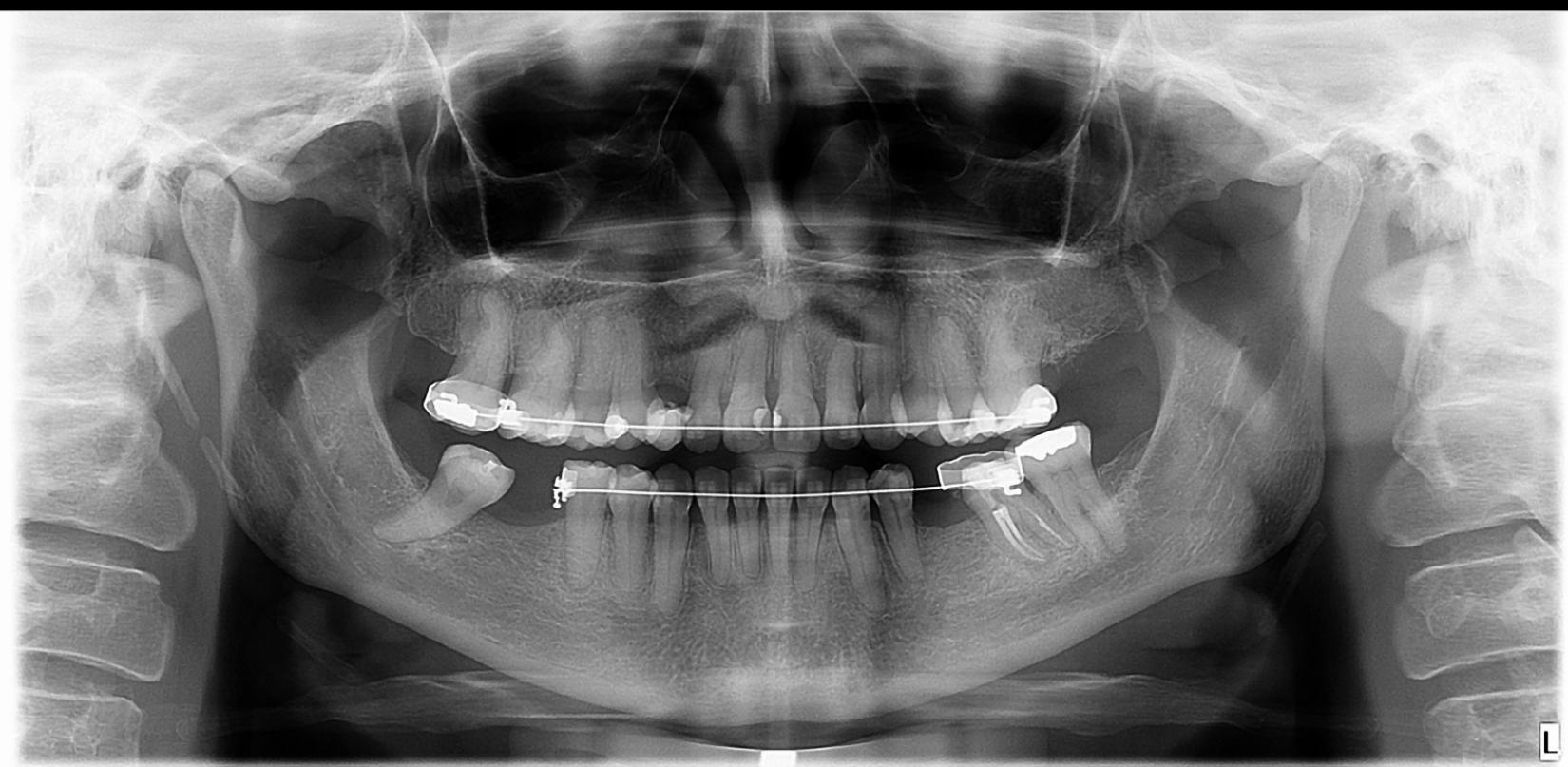
Atendimento: 392590

Data: 10/07/2025

Paciente: LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA

Nascimento: 26/07/1985 - 39 anos

Indicação: Dra Caroline Dourado



L

Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

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

Armazene o protegido pelo envelope em local seco e fresco.

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional







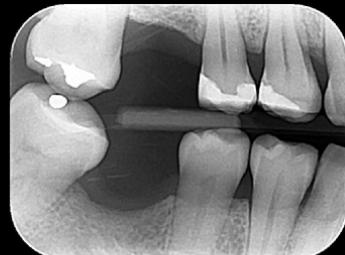
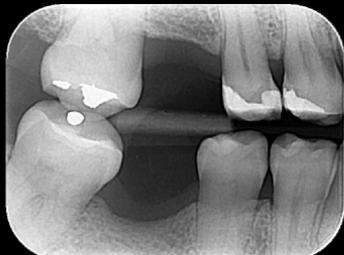
Atendimento: **394153**

Data: **28/07/2025**

Paciente: **CRISTIANE RODRIGUES DE CARVALHO**

Nascimento: **22/03/1980 - 45 anos e 4 meses**

Indicação: **Dr Marcus M. Scherrer**



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



Solicitação de Radiografia

Paciente: *Cristiane Rodrigues de Carvalho*

Solicito radiografia periapical total para avaliação endodôntica e periodontal.

Interproximais de molares e pré molares direito e esquerdo para avaliação de lesões cariosas.

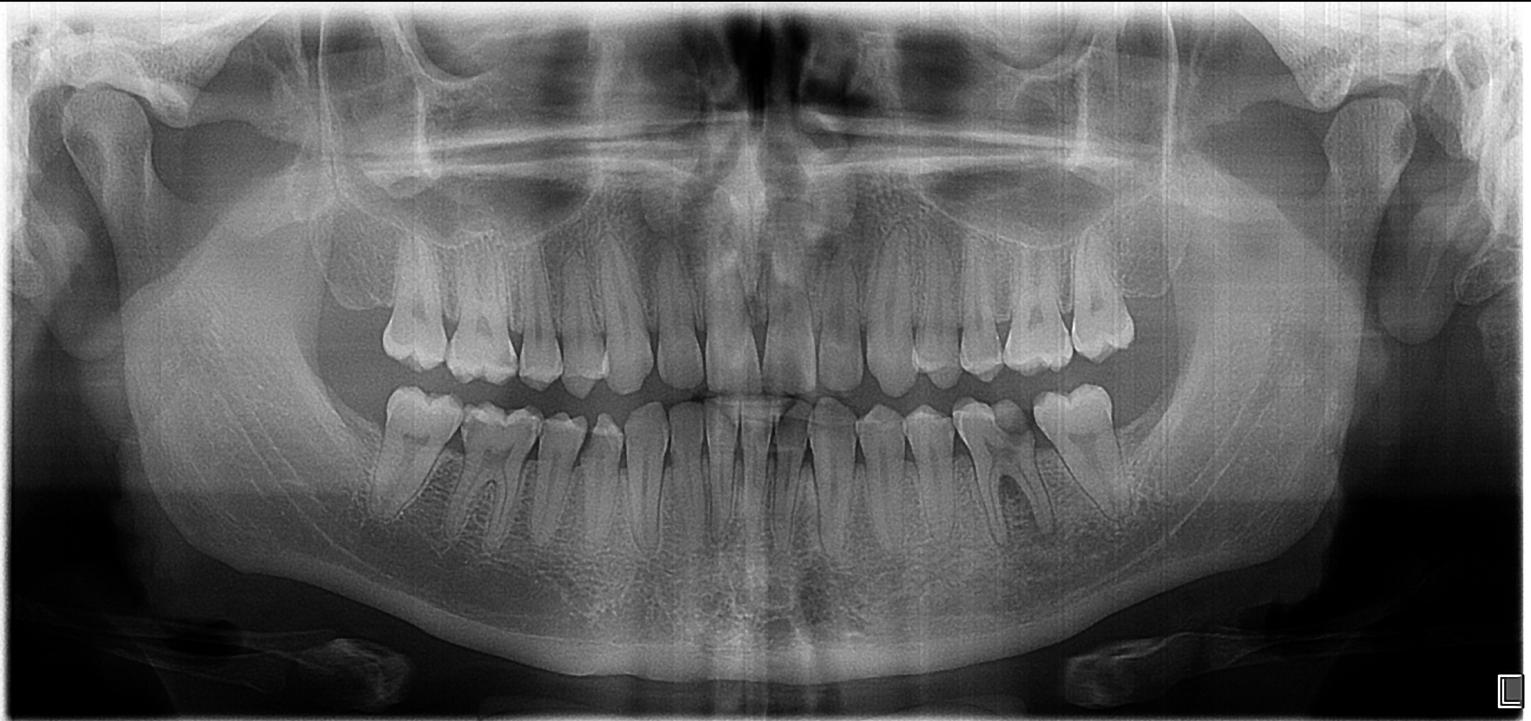
Panorâmica - Para avaliação das estruturas da face.



Dr. Mariana Lattos Scheffer
Periodontista e Implantodontista
Brasília DF 20961-0315

Brasília, 03 de Julho de 2025

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



CRANEXI



BOSS Medicina Odontológica Integrativa



Ronan Rabelo CRO 9002

lauri DO
29/07
Dental uni

SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

Paciente Wanderson Cerqueira dos Santos

SOLICITAÇÃO DE EXAME

Solicito panoramica

Justificativa: Planejamento Ortodôntico e Cirúrgico: Fundamental para o planejamento de extrações, implantes e procedimentos ortodônticos que envolvem grandes movimentações dentárias.

Solicito bite wing de molares direito e esquerdo

Justificativa: para análise de cáries interproximais

Solicito periapicais do 44 e 36

Justificativa: para análise de tratamento endodôntico

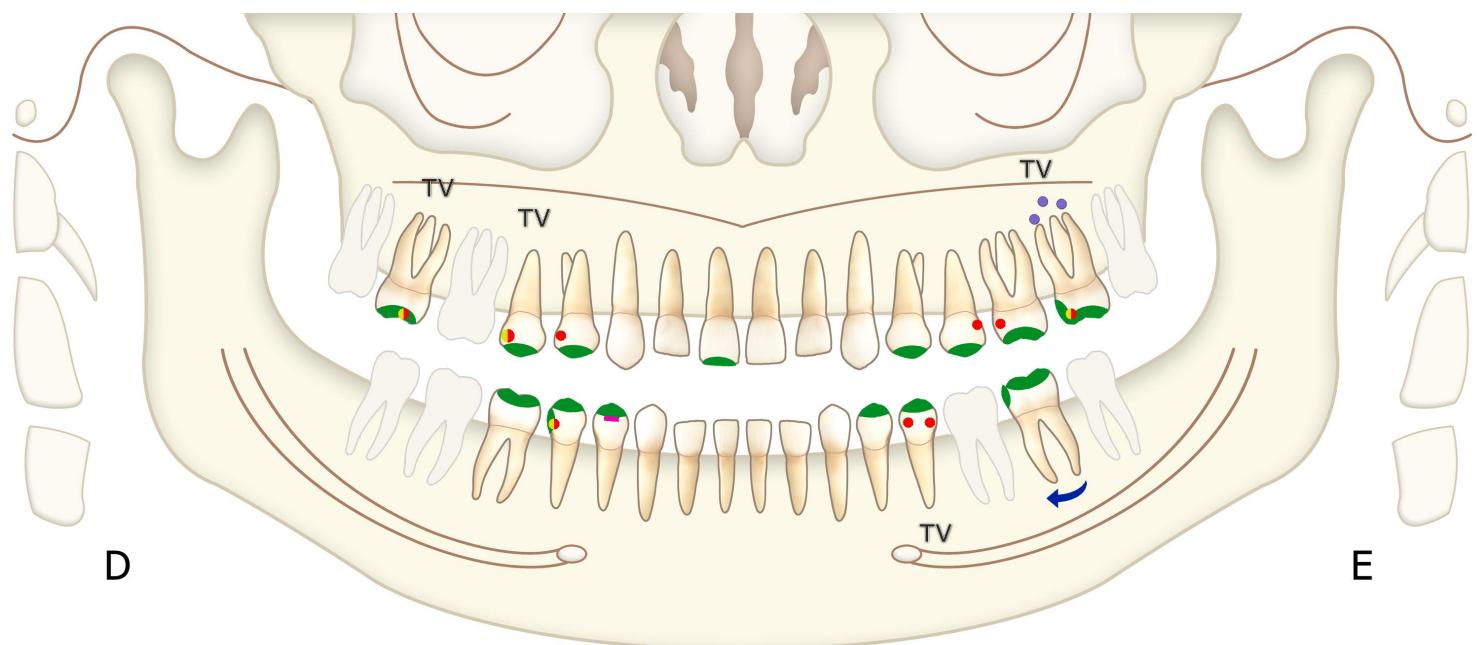
Esses tipos de exames não são feitos no consultório da clínica odontológica Boss, pois não possuímos o equipamento necessário.

Brasília, 22 de julho de 2025

Atenciosamente,

Dr. Marcelo Mendonça

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987



Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente ausente		Cárie		Restauração radiopaca
	Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie		Forramento radiolucido ou cárie		Rarefação óssea periapical difusa
	Teste de vitalidade pulpar		Dente mésio angulado / disto angulado		

LAUDO RADIOGRÁFICO DESCritivo

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica, Periapical e Interproximal.

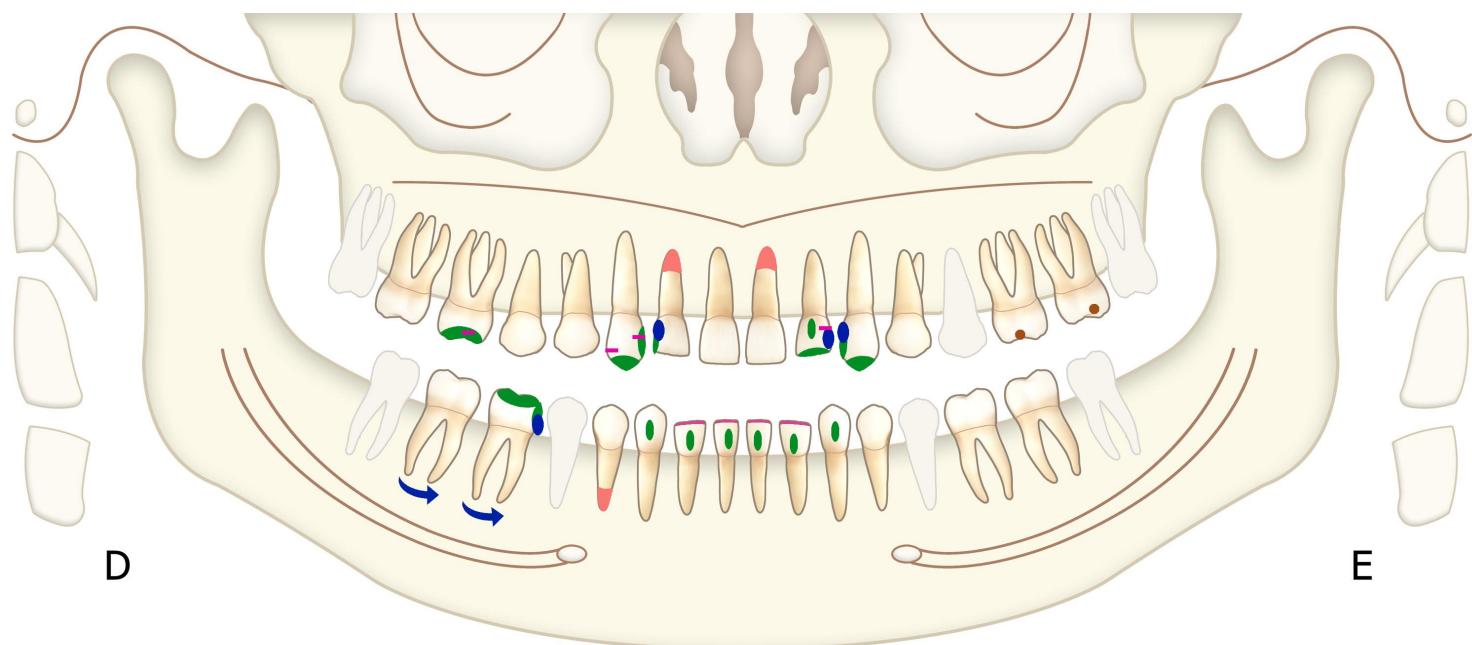
Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações.

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.

- Ausência na região dos dentes 18, 16, 28, 38, 36, 47 e 48.
- Cárie nos dentes 14, 25, 26 e 35.
- Restauração radiopaca nos dentes 17, 15, 14, 11, 24, 25, 26, 27, 37, 35, 34, 44, 45 e 46.
- Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie nos dentes 17, 15, 27 e 45.
- Forramento radiolucido ou cárie no dente 44.
- Rarefação óssea periapical difusa no dente 27.
- Teste de vitalidade pulpar.
- Angulação mesial / distal do dente 37.

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:

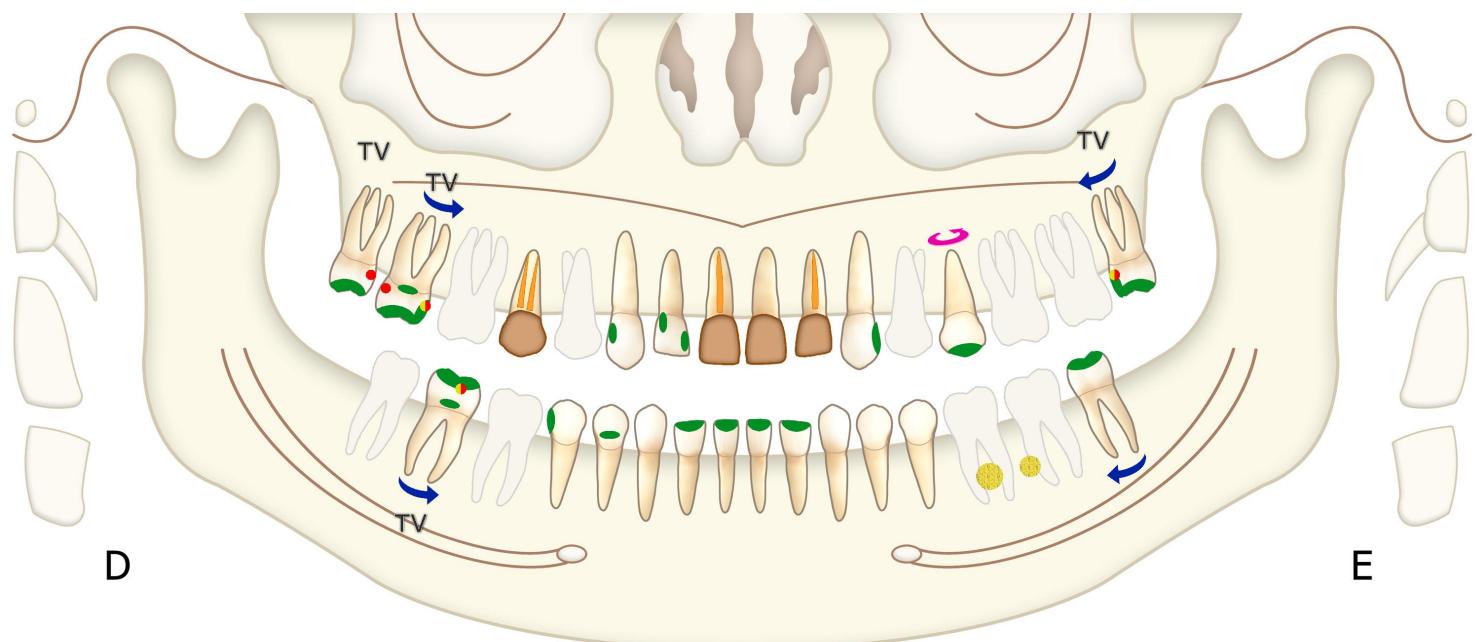
	Dente ausente		Sulco profundo/Cárie		Restauração radiopaca
	Restauração radiopaca		Dente mésio angulado / disto angulado		Desgaste
	Restauração com excesso marginal / sobrecontorno		Forramento radiolucido ou cárie		Reabsorção radicular externa

LAUDO RADIOGRÁFICO DESCritivo

Exames radiográficos realizados: Radiografia periapical total

- Ausência na região dos dentes 18, 25, 28, 38, 35, 45 e 48.
- Sulco profundo/Cárie nos dentes 26 e 27.
- Restauração radiopaca nos dentes 22, 33, 32, 31, 41, 42 e 43.
- Restauração radiopaca nos dentes 16, 13, 12, 22, 23 e 46.
- Angulação mesial / distal dos dentes 46 e 47.
- Desgaste incisal / atrição nos dentes 32, 31, 41 e 42.
- Restauração com excesso marginal / sobrecontorno nos dentes 12, 22, 23 e 46.
- Forramento radiolucido ou cárie nos dentes 16, 13 e 22.
- Reabsorção radicular externa nos dentes 12, 21 e 44.
- Remodelação apical nos demais dentes presentes.
- Sugere-se radiografias interproximais para pesquisa de cárie e melhor avaliação das restaurações/coroas protéticas, depósitos de cálculos e perda óssea.
- Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações e coroas estéticas. Presença de selante?

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		Cárie		Presença de coroa protética
	Conduto radicular obturado		Restauração radiopaca		Restauração radiopaca
	Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie		Giroversão / lateroversão		Dente mésio angulado / disto angulado
	Teste de vitalidade pulpar		Esclerose óssea idiopática		

LAUDO RADIOGRÁFICO DESCritivo

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica.

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 16, 14, 24, 26, 27, 37, 36, 46 e 48.
- Cárie nos dentes 18 e 17.
- Presença de coroa protética nos dentes 15, 11, 21 e 22.
- Conduto radicular obturado nos dentes 15, 11 e 22.
- Restauração radiopaca nos dentes 17, 13, 12, 44 e 47.
- Restauração radiopaca nos dentes 18, 17, 23, 25, 28, 38, 32, 31, 41, 42, 45 e 47.
- Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie nos dentes 17, 28 e 47.
- Giroversão / lateroversão no dente 25.



Atendimento: **390605**

Data: **18/06/2025**

Paciente: **CARLA CRISTINA DOS SANTOS ROSENO**

Nasc: **03/10/1980 - 44 anos e 8 meses**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**

CPF: **738.119.202-00**

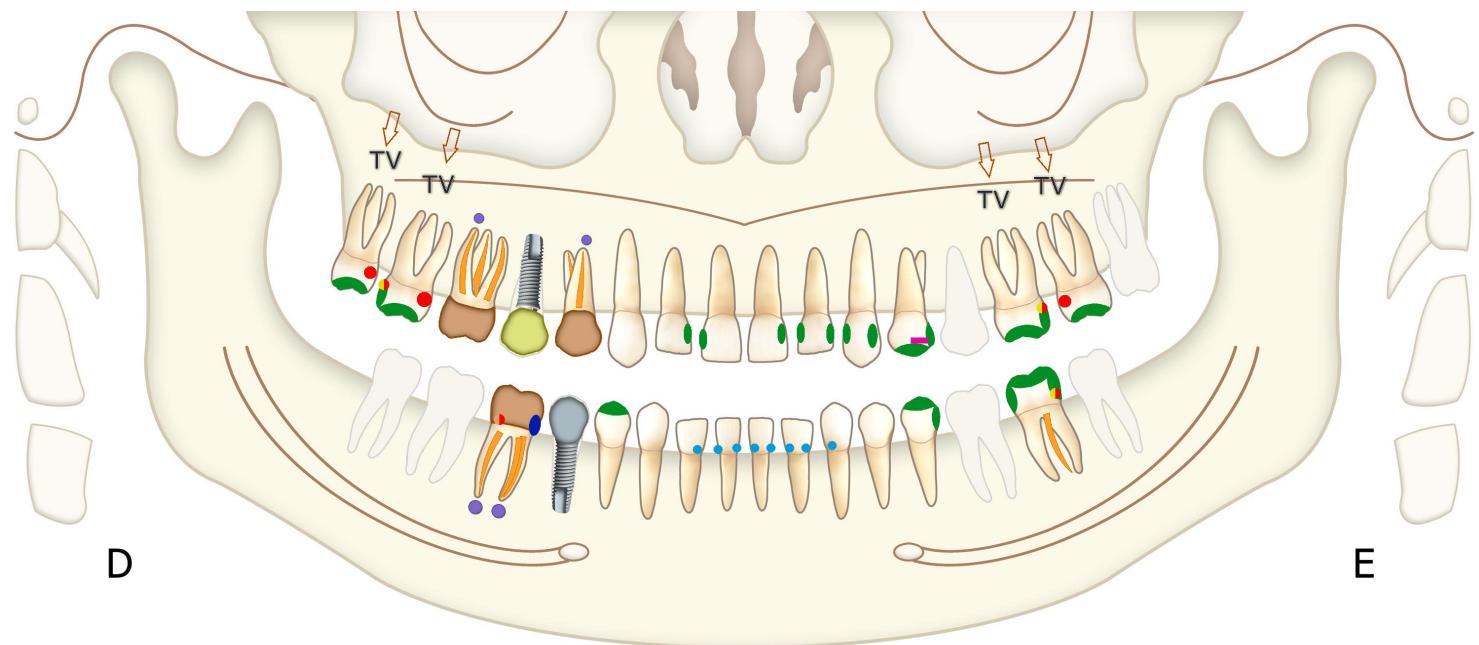
- Angulação mesial / distal dos dentes 17, 28, 38 e 47.

- Teste de vitalidade pulpar.

- Esclerose óssea idiopática na região Mandibula.

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	 Dente ausente	 Presença de coroa protética
 Conduto radicular obturado	 Cálculo	 Implante dentário
 Coroa sobre implante	 Restauração radiopaca	 Restauração radiopaca
 Rarefação óssea periapical difusa	 Teste de vitalidade pulpar	 Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie
 Forramento radiolucido ou cárie	 Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie	 Restauração com excesso marginal / sobrecontorno
 Pôntico	 Dente em supra-oclusão / infra-oclusão	

LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRIPTIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica.

- Sugerimos avaliação periodontal.

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

Sobre os implantes: sugere-se comparação com radiografia anterior. Para melhor avaliação do processo de osseointegração sugere-se exame clínico (tempo de implantação), comparação radiográfica ou tomografia computadorizada para uma avaliação mais precisa.

Sugerimos 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 radioigráfico deve ser usado no auxílio ao diagnóstico e os resultados devem ser somados a outros



Atendimento: **391637**

Data: **01/07/2025**

Paciente: **LIDIANE ALVES CAMELO**

Nasc: **01/08/1983 - 41 anos e 11**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**

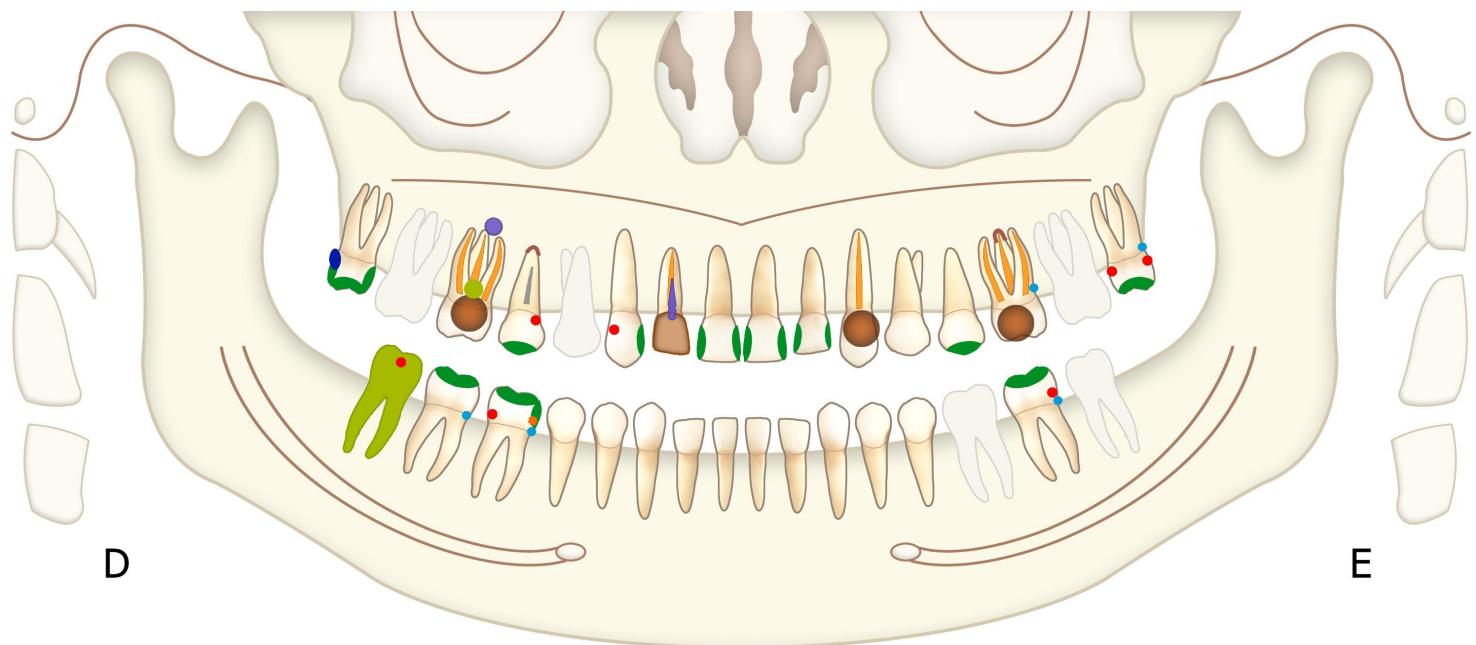
CPF: **722.286.281-15**

exames para sua conclusão. Fica a cargo do profissional clínico o fechamento do diagnóstico e a definição da conduta terapêutica.

- Cárie nos dentes 18, 17 e 27.
- Ausência na região dos dentes 15, 25, 28, 38, 36, 45, 47 e 48.
- Presença de coroa protética nos dentes 16, 14 e 46.
- Conduto radicular obturado nos dentes 16, 14, 37 e 46.
- Cálculo sub / supragengival nos dentes 33, 32, 31, 41 e 42.
- Implante dentário nas regiões dos dentes 15 e 45.
- Coroa sobre implante na região do dente 45.
- Restauração radiopaca nos dentes 12, 11, 21, 22 e 23.
- Restauração radiopaca nos dentes 18, 17, 24, 26, 27, 37, 35 e 44.
- Rarefação óssea periapical difusa nos dentes 16, 14 e 46.
- Teste de vitalidade pulpar.
- Restauração com falta de adaptação / recidiva de cárie nos dentes 17, 26 e 37.
- Forramento radiolucido ou cárie no dente 24.
- Coroa com falta de adaptação / recidiva de cárie no dente 46.
- Restauração com excesso marginal / sobrecontorno no dente 46.
- Pôntico na região do dente 15.
- Supra-oclusão / infra-oclusão dos dentes 18, 17, 26 e 27.

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		Cárie		Presença de coroa protética
	Conduto radicular obturado		Dente impactado		Conduto parcialmente obturado
	Núcleo intrarradicular		Cálculo		Restauração radiopaca
	Restauração com excesso marginal / sobrecontorno		Destrução coronária		Lesão de furca
	Recidiva de cárie		Espessamento do espaço pericementário		Rarefação óssea peripapical difusa

LAUDO RADIOGRÁFICO DESCritivo

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica, interproximal.

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.

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

- Ausência na região dos dentes 17, 14, 27, 38 e 36.
- Cárie nos dentes 15, 13, 28, 37, 46 e 48.
- Presença de coroa protética no dente 12.
- Conduto radicular obturado nos dentes 16, 12, 23 e 26.
- Impactação do dente 48.
- Conduto parcialmente obturado no dente 15.
- Núcleo intrarradicular no dente 12.
- Cálculo sub / supragengival nos dentes 26, 28, 37, 46 e 47.
- Restauração radiopaca nos dentes 18, 15, 13, 11, 21, 22, 25, 28, 37, 46 e 47.



Atendimento: **392472** Data: **09/07/2025**

Paciente: **CRISTINA TRAVASSOS DE OLIVEIRA**

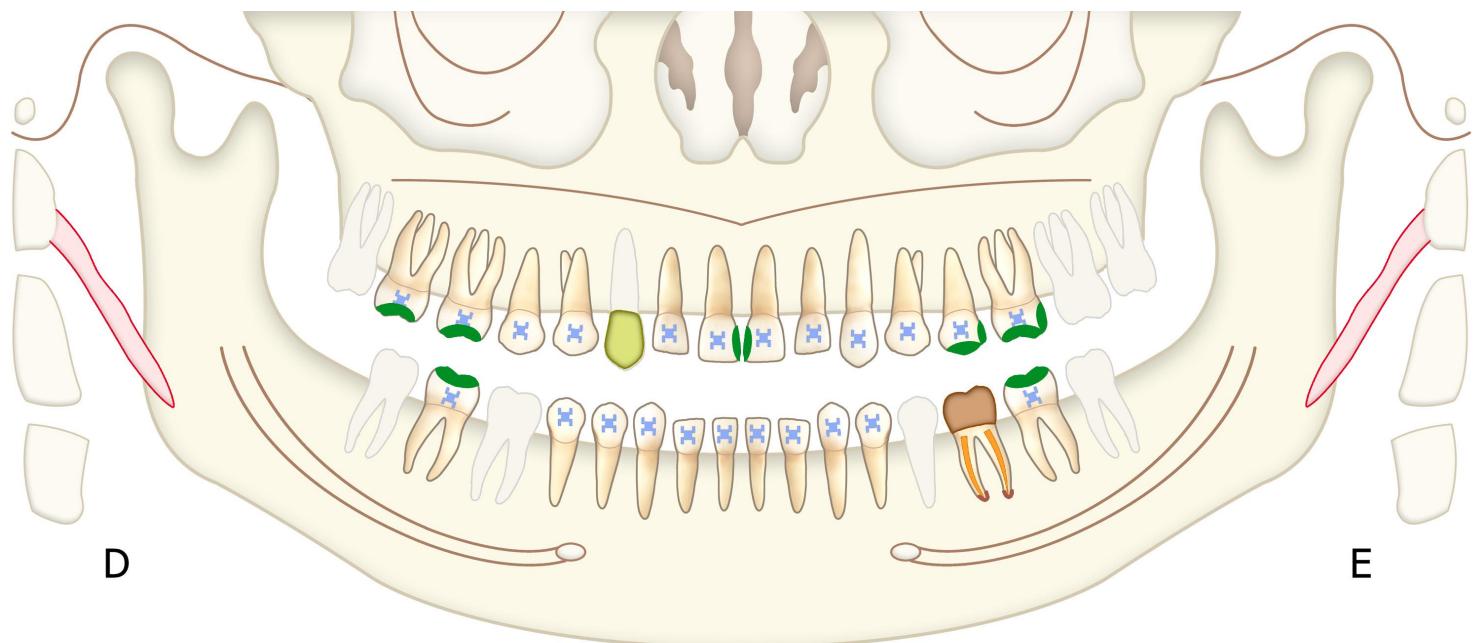
Nasc: **03/08/1972 - 52 anos e 11**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**

CPF: **599.210.131-49**

- Restauração com excesso marginal / sobrecontorno no dente 18.
- Destrução coronária nos dentes 16, 23 e 26.
- Lesão de furca no dente 16.
- Recidiva de cárie no dente 46.
- Espessamento do espaço pericementário nos dentes 15 e 26.
- Rarefação óssea periapical difusa no dente 16.

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 DESCRIPTIVO

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.



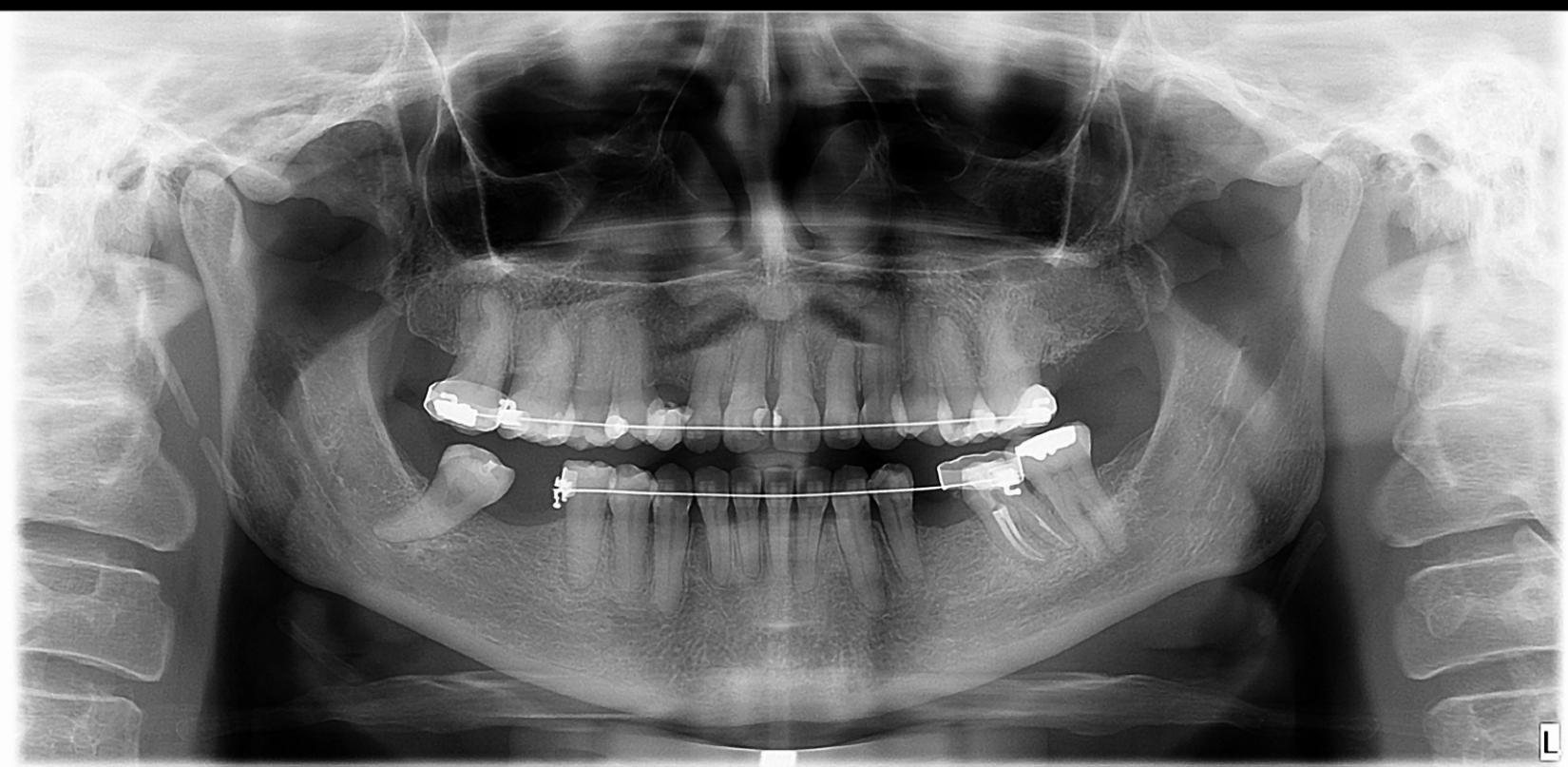
Atendimento: 392590

Data: 10/07/2025

Paciente: LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA

Nascimento: 26/07/1985 - 39 anos

Indicação: Dra Caroline Dourado



L

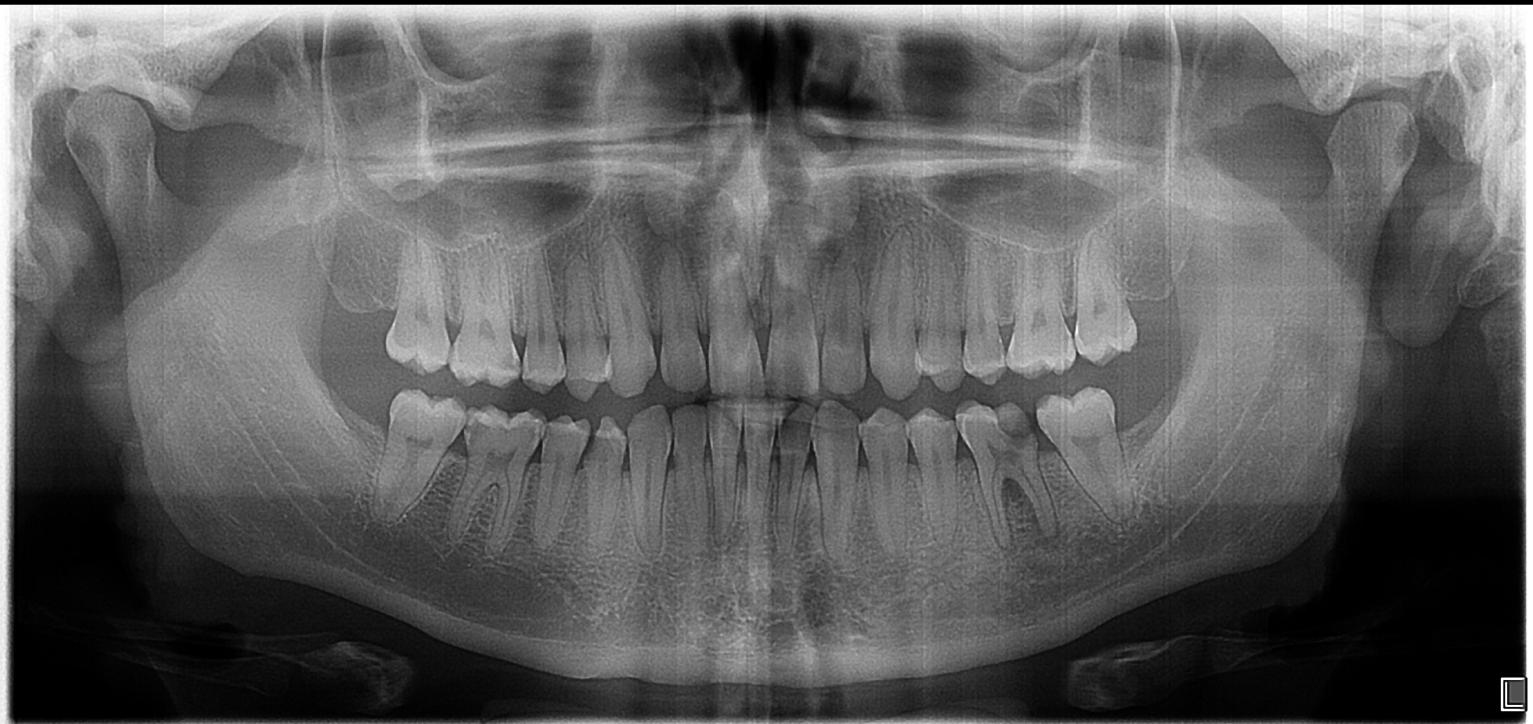
Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

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

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

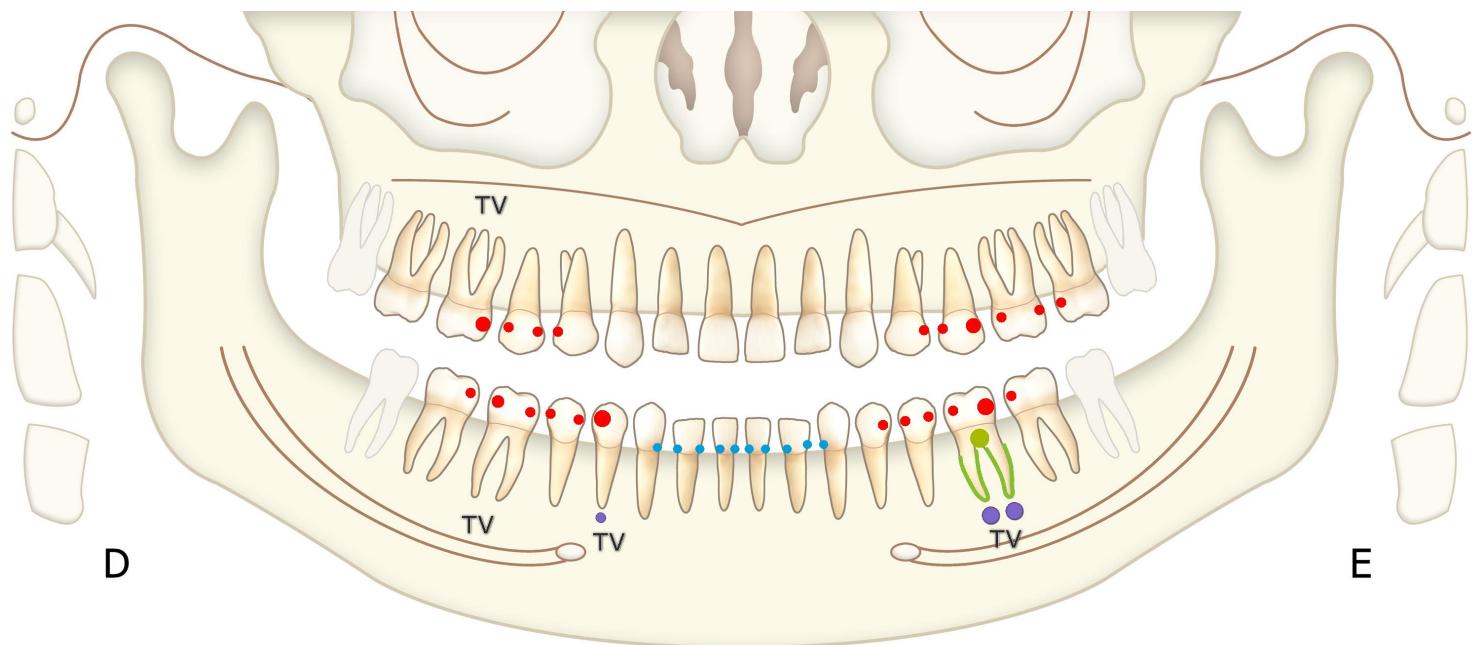
Radiodiagnóstico - Conj. Nacional





CRANEXI





Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente ausente		Cárie		Cálculo
TV	Teste de vitalidade pulpar		Espessamento do ligamento periodontal		Rarefação óssea periapical difusa
	Lesão de furca				

LAUDO RADIOGRÁFICO DESCritivo

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica, Periapical e Interproximal.

Avalie clinicamente as faces oclusais e as lesões de cáries.

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 e 48.
- Cárie nos dentes 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 37, 36, 35, 34, 44, 45, 46 e 47.
- Cálculo sub / supragengival nos dentes 33, 32, 31, 41, 42 e 43.
- Teste de vitalidade pulpar.
- Espessamento do ligamento periodontal no dente 36.
- Rarefação óssea periapical difusa nos dentes 36 e 44.
- Lesão de furca no dente 36.

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

BOSS Medicina Odontologica Integrativa

Quadra SQS 304 Bloco G

SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

Asa Norte - Brasilia - DF 70077-000

(61)99680-2424



SOLICITAÇÃO

Paciente: William de Oliveira Pereira

Solicito:

Panoramica - Visualização de exodontia
Periapical Dente 15 e 27 - Tratamento Endodontico
Bite Wing de Molares e Pre Molares - Visualização Carie Interproximal

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Dr. Marcelo Mendonça
CRO / DF 15987
Brasilia, 29 de Maio de 2025



Solicitação de Radiografia

Paciente: *Lara Fernanda Jesus Silva*

Solicito radiografia periapical total para avaliação endodontica e periodontal.

Brasilia, 12 de junho de 2025

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



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



SOLICITAÇÃO DE EXAME

Paciente: Carla Cristina dos Santos Roseno

Solicito bite wing direito e esquerdo

Justificativa: Suspeita de cáries

Solicito panorâmica

Justificativa: avaliação para implante

Brasilia; 19/05/2025


Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

BOSS Medicina Odontologica Integrativa

Quadra SQS 304 Bloco G

SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

Paciente: Lidiane Alves Camilo



SOLICITAÇÃO DE EXAME

Solicito panorâmica

Justificativa: para avaliação de possíveis exodontias

Solicitação periapical total

Justificativa: para avaliação de possíveis cáries

Brasília; 27 de junho de 2025

Atenciosamente,


Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO DF 15987

Dr. Marcelo Mendonça

CRO DF 15987

BOSS Medicina Odontologica Integrativa

Quadra SQS 304 Bloco G

SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

Paciente: Cristina Travassos de Oliveira



SOLICITAÇÃO DE EXAME

Solicito panoramica

Justificativa: para possíveis exodonias e avaliação

Solicito bite wing de molares esquerdo e direito

Justificativa: para verificação de cáries interproximais

Brasília; 25 de junho de 2025

Atenciosamente,

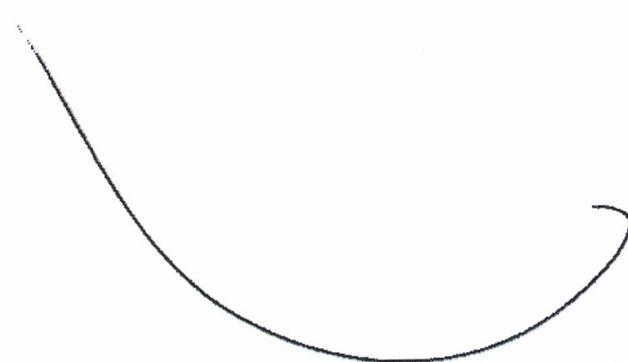

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Dr. Marcelo Mendonça
CRO DF 15987

④ SRTVS Quadra 701 - Bloco K - Sala 701/702 - Edifício Embassy Tower - Asa Sul - Brasília/DF
✉ examesdlio@gmail.com
✉ @dracarolourado
④ 61 998666.5816

CRM DF 8442
MESTRE EM CIENCIAS MEDICAS
CIRURGIA - Dentista
DRA. CAROLINE DOURADO

316 22.05.2015



Caroline Dourado

Caroline Dourado

Caroline Dourado





Solicitação de Radiografia

Paciente: *Cristiane Rodrigues de Carvalho*

Solicito radiografia periapical total para avaliação endodôntica e periodontal.

Interproximais de molares e pré molares direito e esquerdo para avaliação de lesões cariosas.

Panorâmica - Para avaliação das estruturas da face.

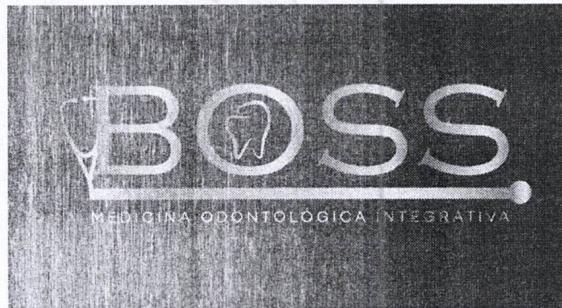


Dr. M. C. M. Netto Schaeffer
Periodontista e Implantodontista
CRON/DF 2096 IE315

Brasília, 03 de Julho de 2025

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

75210000
BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

Paciente Wanderson Cerqueira dos Santos

SOLICITAÇÃO DE EXAME

Solicito panoramica

Justificativa: Planejamento Ortodôntico e Cirúrgico: Fundamental para o planejamento de extrações, implantes e procedimentos ortodônticos que envolvem grandes movimentações dentárias.

Solicito bite wing de molares direito e esquerdo

Justificativa: para análise de cáries interproximais

Solicito periapicais do 44 e 36

Justificativa: para análise de tratamento endodôntico

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

Brasília; 22 de julho de 2025

Atenciosamente,

Dr. Marcelo Mendonça


Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



2330210
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/19/10/15/12/15	4-Data de Autorização 12/19/10/15/12/15	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13937238	7-Data Validade da Senha 12/17/10/18/12/15
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102025112257770000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome WILLIAM DE OLIVEIRA PEREIRA		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		01/01/1989		16-Nome do Titular do plano WILLIAM DE OLIVEIRA PEREIRA	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO 8 09	2025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21698516800012718	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 8		

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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-001081100014015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7	8,00	0,00	0,00	S	03/06/2025	✓
2-001081100014211	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	1	4,00	0,00	0,00	S	03/06/2025	✓
3-001081100014211	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	1	4,00	0,00	0,00	S	03/06/2025	✓
4-001081100013751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	1	4,00	0,00	0,00	S	03/06/2025	✓
5-001081100013751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	1	4,00	0,00	0,00	S	03/06/2025	✓
6-001081100013751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	1	4,00	0,00	0,00	S	03/06/2025	✓
7-001081100013751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	1	4,00	0,00	0,00	S	03/06/2025	✓
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista / Término do Tratamento 03/06/2025	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 1 6 2,00	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

Arlette A. Marchiori

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2025	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 10/03/2025	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2025	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/2025
---	---	---	---

CRO-DF 1968

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2347100
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 112/106/125	4-Data de Autorização 113/106/125	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13992712	7-Data Validade da Senha 110/109/125
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202512279810000001001	9-Piso POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 111/111/111
12-Nome LARA FERNANDA JESUS SILVA	13-Data do Contratado Responsável pelo Tratamento 25/08/2000		14-Telefone (11) 1111-1111		12-Número do Cartão Nacional de Saúde

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO 8 09	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CEP 1216918516800002178	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 8		

30-Tabela	31-Código do Procedimento 100810002941	32-Descrição LEVANTAMENTO	33-Dente/Raiz/Joia	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Glosa	42-Assinatura
1			1	1	2	2	0	0	0	13/06/2025	<i>Lara</i>	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/06/2025	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 122,00	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

Lara Fernanda Jesus Silva

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/2025	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2025	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2025	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/06/2025
---	---	---	---

Lara Fernanda Jesus Silva
Radiodiagnóstico
CRO-DF 1968

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2316554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 119/10/15/215	4-Data de Autorização 119/10/15/215	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13893017	7-Data Validade da Senha 117/10/18/215
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025788930000001011					
13-Nome CARLA CRISTINA DOS SANTOS ROSENO		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
14-Telefone (11) 1111-1111		15-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde CARLA CRISTINA DOS SANTOS ROSENO	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO 8 09
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 21698511680002178	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1968	24-UF DF	25-Código CNESB 6437141
26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	27-Número no CRO 1968	28-UF DF	29-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405

30-Tabula	31-Código do Procedimento 100811000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Fase 7800	35-Qtd 0	36-Quantidade US 000	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 18/09/2015	41- Motivo da Glosa 42-Assinatura Assinatura de Carla Cristina dos Santos Roseno
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data/Revisão/Término do Tratamento 18/09/2015	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência 2	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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 exames 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 Assinatura de Carla Cristina dos Santos Roseno	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/09/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 18/09/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/09/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/09/2015
	Dra. Carla Cristina dos Santos Roseno CRO-DF			

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2362937
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10/6/12/5	4-Data de Autorização 12/7/10/6/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14044900	7-Data Validade da Senha 12/5/10/9/12/5
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00120251222868000001101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde LIDIANE ALVES CAMELO DE BARROS	
13-Nome LIDIANE ALVES CAMELO DE BARROS	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do Titular do plano LIDIANE ALVES CAMELO DE BARROS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		01/08/1983			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO 8 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12698511680001278	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 8		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Cantidadde US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1	010810004051	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	178	00	0,00	0,00	S	01/07/2025	✓
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/07/2025	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ontodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Solicitamos que o RX realizado seja anexado ao prontuário do beneficiário, conforme as regras estabelecidas pela operadora.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1/1/1/1/1/1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 01/07/2025	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/2025	53-Data, local e Carimbo da Empresa
Radiologista CBO-DF 1968			

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^º



2363094
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10/6/12/5	4-Data de Autorização 12/7/10/6/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14045411	7-Data Validade da Senha 12/5/10/9/12/5
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
8-Número da Carteira 00120255040250000010111		14-Telefone (11) 1111-1111		11-Data Validade da Carteira 12/5/10/9/12/5	
13-Nome CRISTINA TRAVASSOS DE OLIVEIRA		15-Nome do Titular do plano CRISTINA TRAVASSOS DE OLIVEIRA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Diário do Contratado Responsável pelo Tratamento		03/08/1972			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO 8 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12619851161800002178	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 8		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Cantidadde US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	1	18,00	0,00	0,00	S	09/07/2025	09/07/2025
2-00081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	S	09/07/2025	09/07/2025
3-00081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	1	14,00	0,00	0,00	S	09/07/2025	09/07/2025
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/01/2021	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 106,00	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 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

[Handwritten signature]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/01/2021

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/01/2021
Andréia K. Marcondes
Radiologista
CRO-DF 1968

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/01/2021

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/01/2021

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2325190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/16/10/15/12/15	4-Data de Autorização 12/16/10/15/12/15	5-Senhor AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13920134	7-Data Validade da Senha 12/41/10/18/12/15
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00012025555311750000014011		9-Promoção POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COMITÉ BRASILEIRO DE CLUBES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA		26/07/1985	14-Fone (11) 1111-1111	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 8 09
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 121698511680000278	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1968	24-UF DF	25-Código CNBES 6437141
26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO		27-Número no CRO 1968	28-UF DF	29-Código CBO 8

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

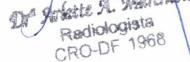
30-Tabela	31-Código do Procedimento 10018100014051	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1										10/07/25	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/07/25	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-T 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11/11
---	---	---	---


Dr. Luiz R. Mendonça
Radiologista
CRO-DF 1968

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2371382
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 4 / 0 7 / 2 5	4-Data de Autorização 0 4 / 0 7 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14072492	7-Data Validade da Senha 0 2 / 0 9 / 2 5
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 3 1 6 2 8 0 0 0 0 0 1 0 1		9-Piso POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome CRISTIANE RODRIGUES DE CARVALHO		22/03/1980		14-Telefone ()	
Diário do Contratado Responsável pelo Tratamento		15-Nome do Ilustrar do plano CRISTIANE RODRIGUES DE CARVALHO			

16-Endereço a RN N 21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 12 6 9 8 5 1 6 8 0 0 0 2 7 8	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO 8 09	025 - Faturar Empresa		
22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1968	24-UF DF	25-Código CNES 6437141	26-Nome de Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	27-Número no CRO 1968	28-UF DF	29-Código CBO 8

30-Tabela	31-Código do Procedimento 1 0 0 8 1 0 0 0 2 9 4	32-Descrição LEVANTAMENTO	33-Dente/Região 1	34-Fase 1 2 2 2 0 0	35-Qtd 0 0 0 0 0 0	36-Quantidade US 1 2 2 2 0 0	37-Valor 0 0 0 0 0 0	38-Franquia/Co-participação R\$ 0 0 0 0 0 0	39-Aut S	40-Data de Realização 23/07/2025	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão/Fimino do Tratamento 2025/07/25	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 1 2 2 2 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 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 assistente e arcar com os custos previstos em 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 0 0 / 0 0 / 0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 0 / 0 0 / 0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 0 / 0 0 / 0	53-Data, local e Câmbio da Empresa 0 0 / 0 0 / 0
Dr. Andréa R. M. Rodriguez Radiodiagnóstico CRO-DF 1968		10/07/25 x (Assinatura Rodriguez)	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2394797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/21/07/12/5	4-Data de Autorização 12/21/07/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14146048	7-Data Validade da Senha 20/07/09/12/5
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 001202500781119005301011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WANDERSON CERQUEIRA DOS SANTOS		27/07/2002	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano WANDERSON CERQUEIRA DOS SANTOS	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1269851168000102718	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

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 da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78,00	0,00	0,00	S	29/07/25		
2-0	0	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	0,00	0,00	S	29/07/25		
3-0	0	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	0,00	0,00	S	29/07/25		
4-0	0	81000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	14,00	0,00	0,00	S	29/07/25		
5-0	0	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	14,00	0,00	0,00	S	29/07/25		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/07/25	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 1 3 4,00	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) descripto(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
<i>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) descripto(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.</i>

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/21/07/12/5	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/21/07/12/5	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/21/07/25 WANDERSON SANTOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

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) descripto(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.