



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



Day
03/06
Dentalini

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
Brasília, 29 de Maio de 2025





Solicitação de Radiografia

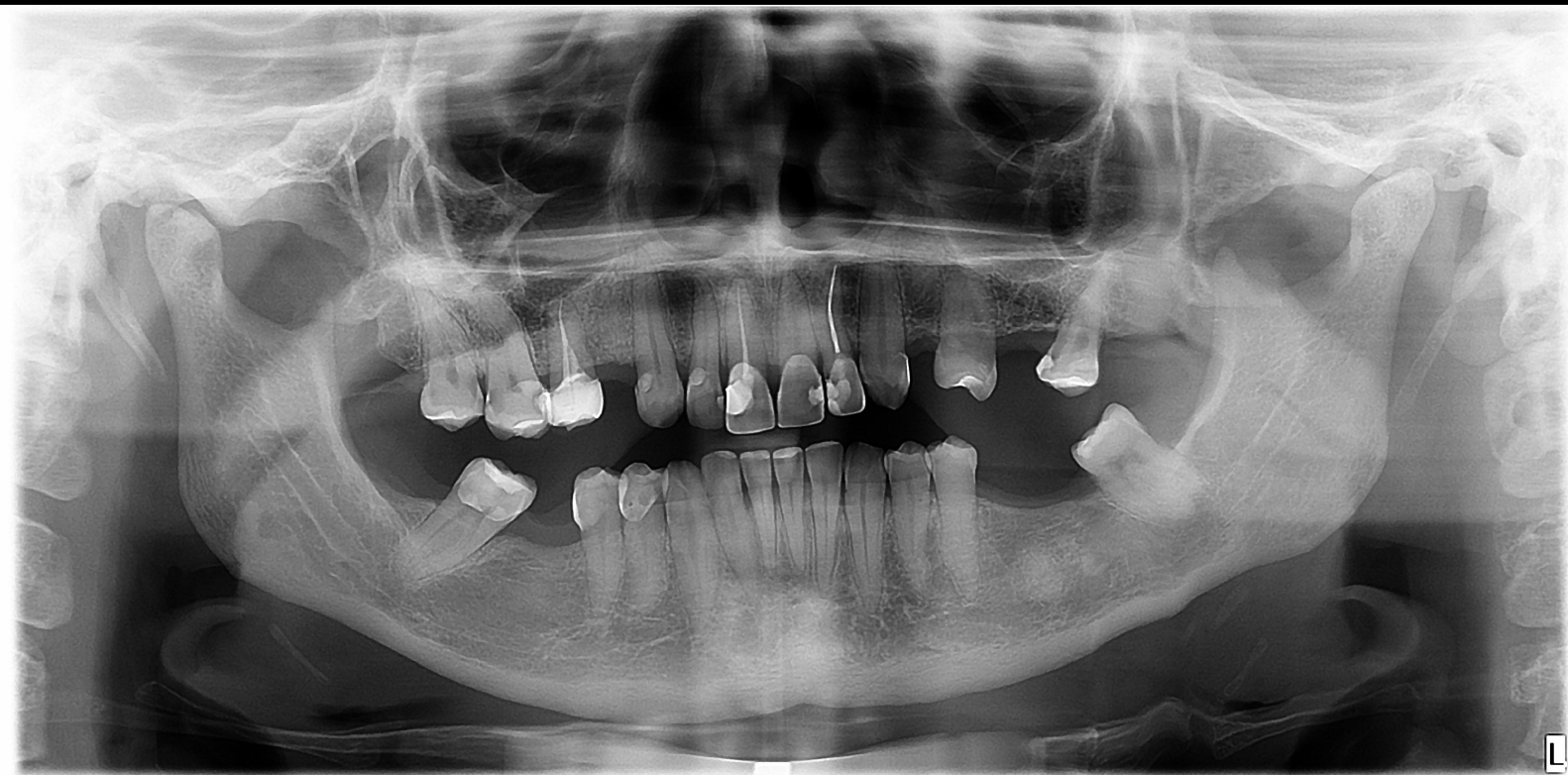
Paciente: *Lara Fernanda Jesus Silva*

Solicito radiografia periapical total para avaliação endodôntica e periodontal .

Brasília, 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 : clinidentalle@gmail.com



Day
18/06
Dental Unit



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



L





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 Lidiane Alves Lima Fone _____
D. Nasc. _____ Convênio _____ Data _____
Pedido pelo Dr.(a) Marcelo Mendonça Fone _____
Endereço profissional _____ E-mail _____
Finalidade do Exame ☐ Inicial ☐ Controle ☐ Final ☐ Outros _____

EXAMES RADIOGRÁFICOS

- ☒ **Periapical Total**
☐ **Periapical Total com bite-wing**
☐ **Periapical (Dentes Assinalados)**
☐ **Interproximais:**
Molares ☐ D ☐ E
Pré-Molares ☐ D ☐ E
☐ **Oclusal:**
☐ Maxila ☐ Mandíbula
☐ **Carpal (idade óssea)**
☐ **Localização Topográfica:**
☐ Técnica de Clark ☐ Área patológica
☐ Dente retido ☐ Supranumerário
☐ Outros
☐ **Panorâmica p/ implante – Região:**

☒ **Panorâmica**
☐ **P.A. (Telefrontal)** ☐ **A.T.M.**

DENTIÇÃO PERMANENTE

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

DENTIÇÃO DECÍDUA

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

☐ **Telearradiografia:** ☐ 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:
☐ Invisaling ☐ Outros (Informar): _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

REGIÃO DE INTERESSE

- ☐ Maxila Total ☐ Mandíbula Total ☐ Dentes Assinalados
☐ ATM Bilateral ☐ Ramo Mandibular (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 Supranumerário ☐ 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
CRQ-DF 15987

www.radiodiagnostico.com.br

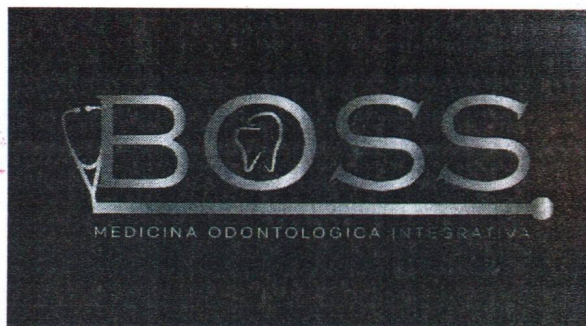


BOSS Medicina Odontologica Integrativa

Quadra SQS 304 Bloco G

SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

Paciente: Cristina Travassos de Oliveira



SOLICITAÇÃO DE EXAME

Solicito panorâmica


Justificativa: para possíveis exodonias e avaliação

Solicito bite wing de molares esquerdo e direito

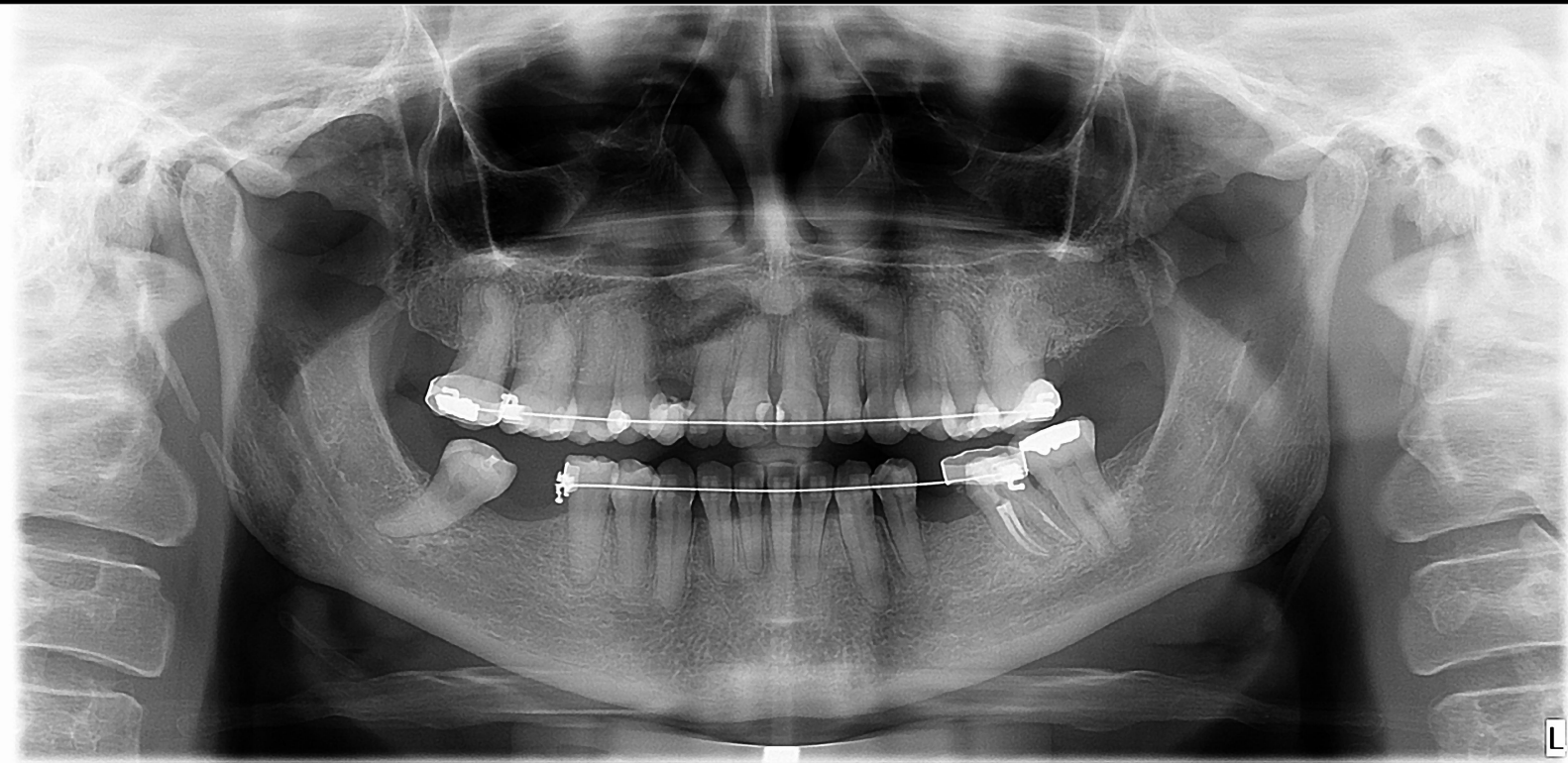
Justificativa: para verificação de cáries interproximais

Brasília; 25 de junho de 2025

Atenciosamente,


Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Dr. Marcelo Mendonça
CRO DF 15987





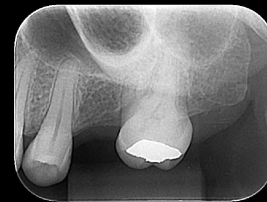
Atendimento: **394153**

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



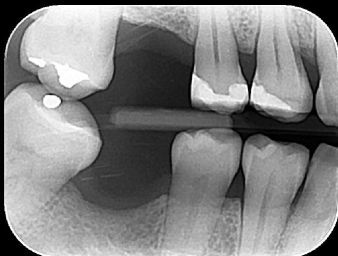
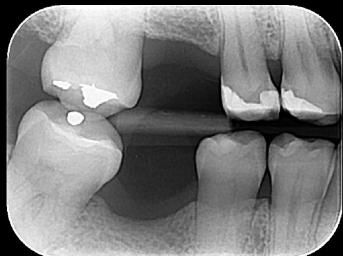
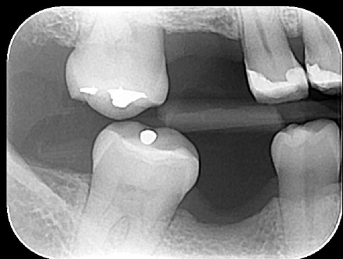
Atendimento: **394153**

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.

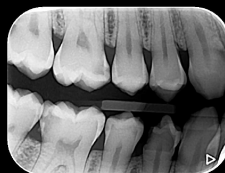
Dr. Marcos Artur Scherren
Periódontia e Implantodontia
CRO/DF 2096 IE315

Brasília, 03 de Julho de 2025

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



CRANEX1





Ronan Rabelo CRO 9002

Caunilo
29/10/7
dental uni

SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

Paciente Wanderson Cerqueira dos Santos

SOLICITAÇÃO DE EXAME

Solicito panorâmica

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

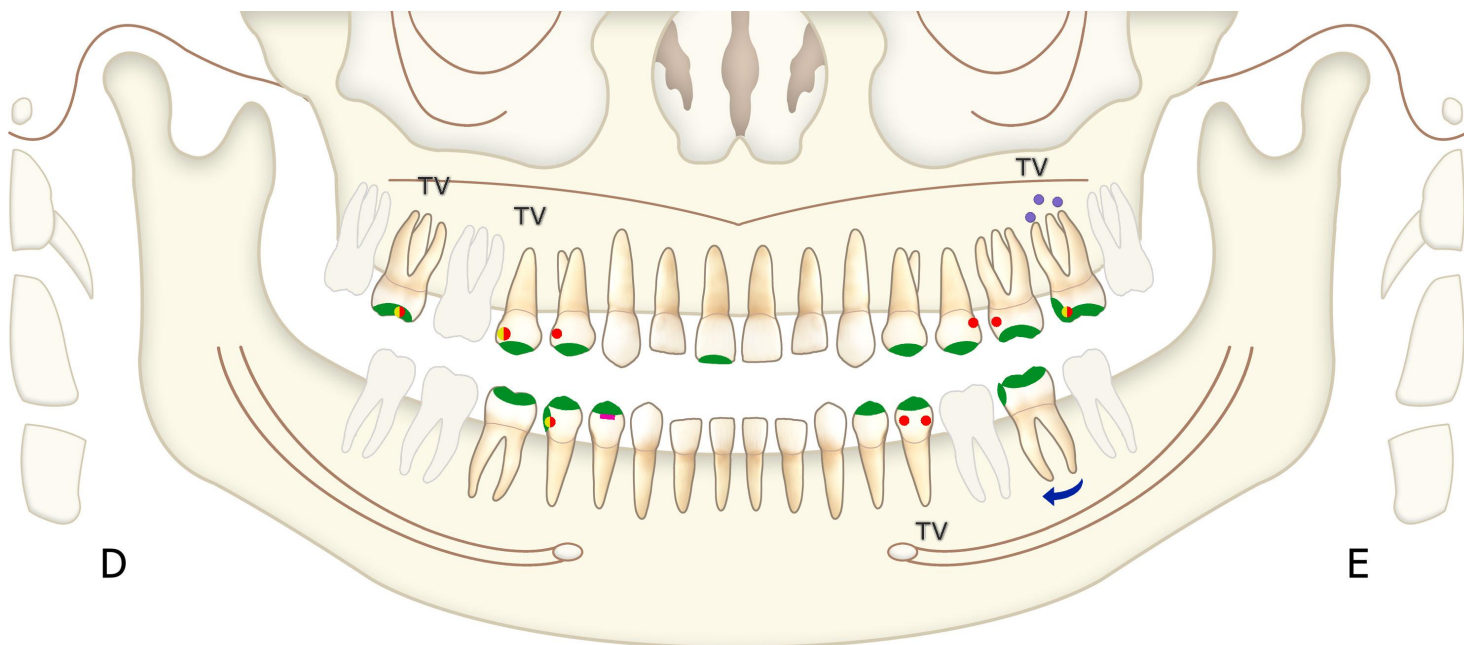
Esses tipos de exames não são feitos no consultório da clínica odontológica Boss, pois não possuímos o equipamento necessário.

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 méso angulado / disto angulado		

LAUDO RADIOGRÁFICO DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica, Periapical e Interproximal.

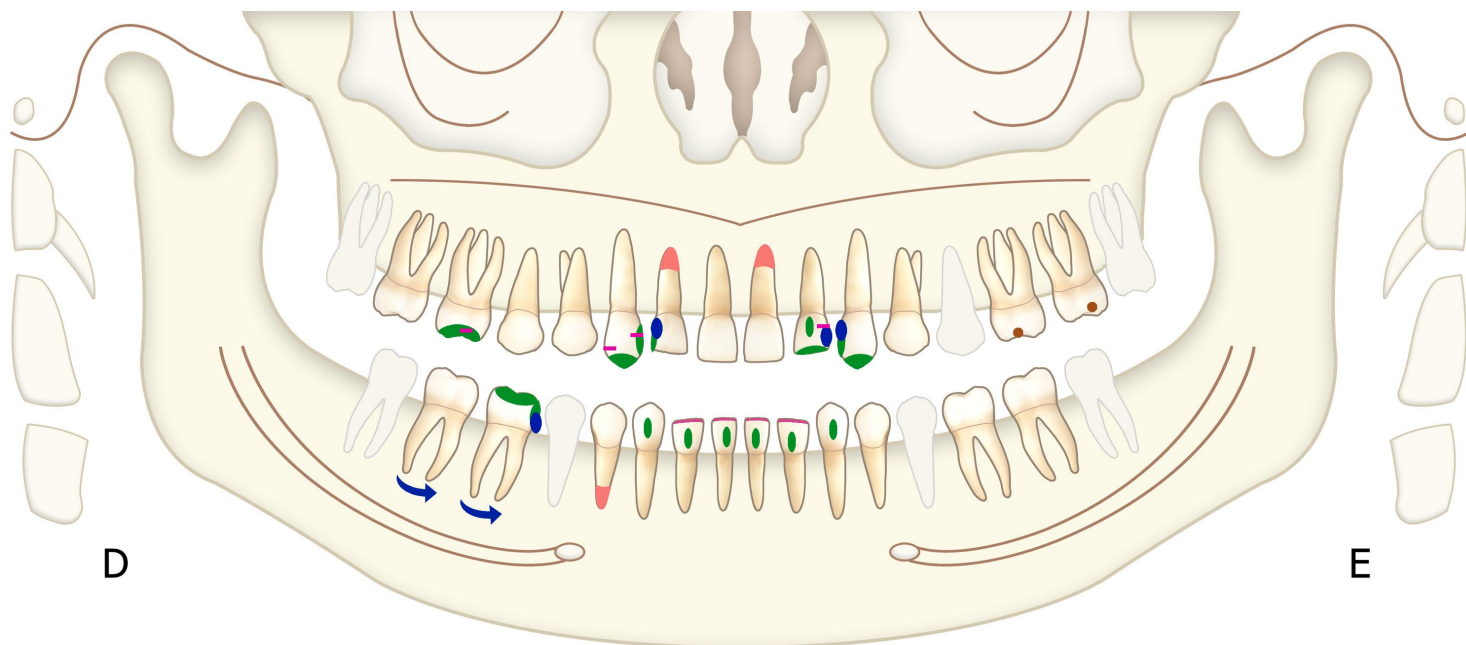
Avalie clinicamente as faces oclusais, as lesões de cáries e as adaptações das restaurações.

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:

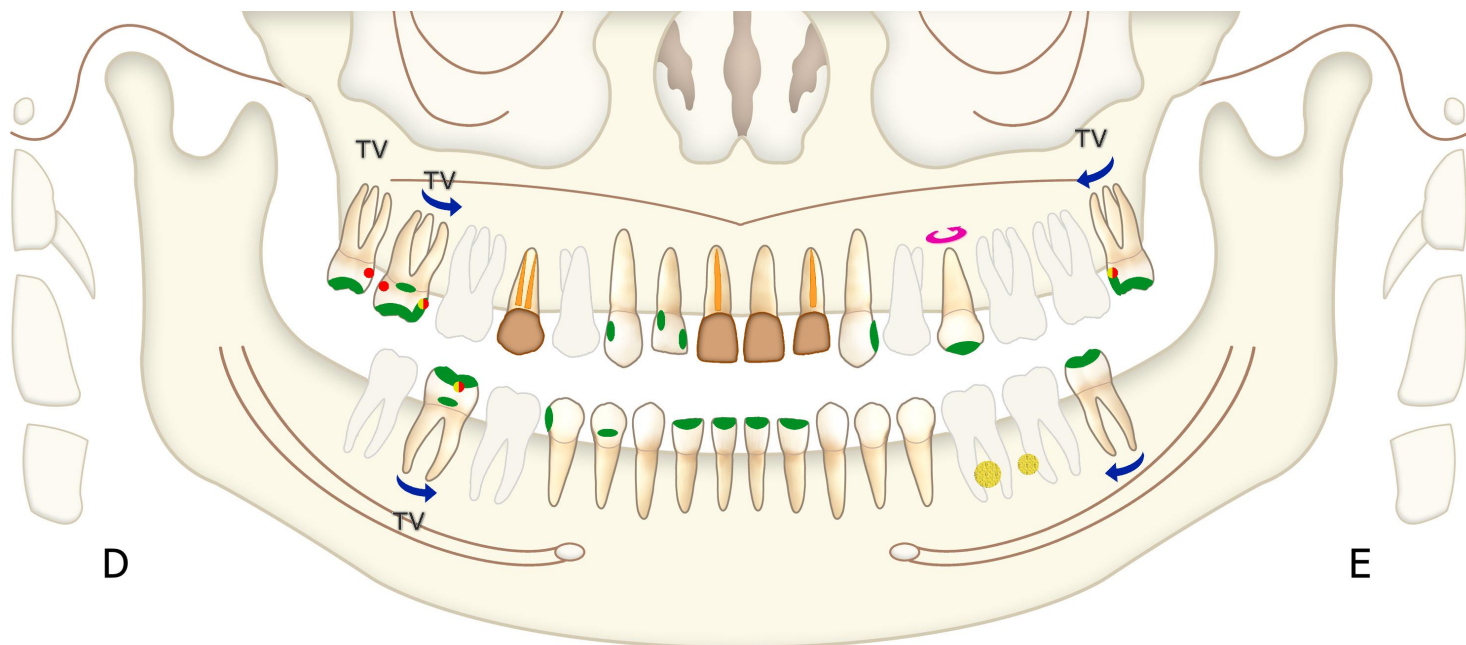
	Dente ausente		Sulco profundo/Cárie		Restauração radiopaca
	Restauração radiopaca		Dente méso angulado / disto angulado		Desgaste
	Restauração com excesso marginal / sobrecontorno		Forramento radiolucido ou cárie		Reabsorção radicular externa

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 méso 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**

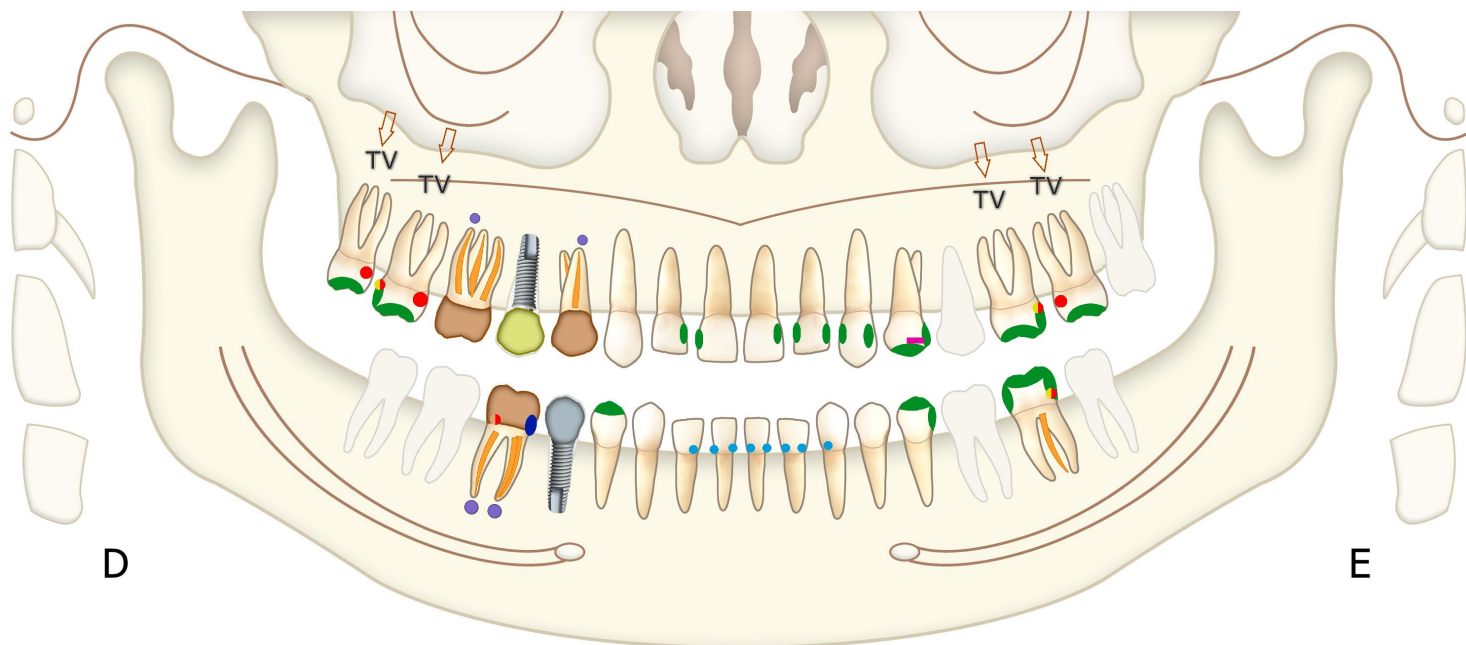
CPF: **738.119.202-00**

- 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 DESCRITIVO

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 radiográfico 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**

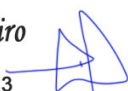
Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**

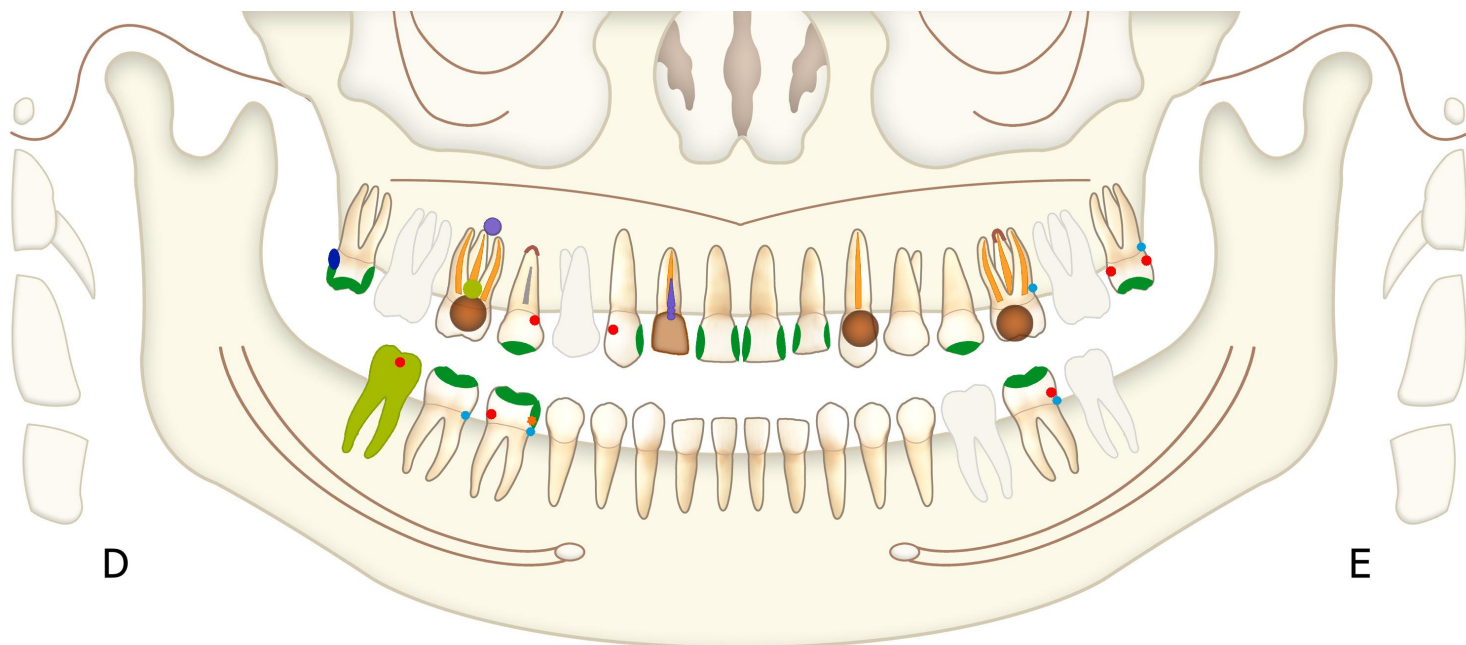
CPF: **722.286.281-15**

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		Destruição coronária		Lesão de furca
	Recidiva de cárie		Espessamento do espaço pericementário		Rarefação óssea periapical 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**

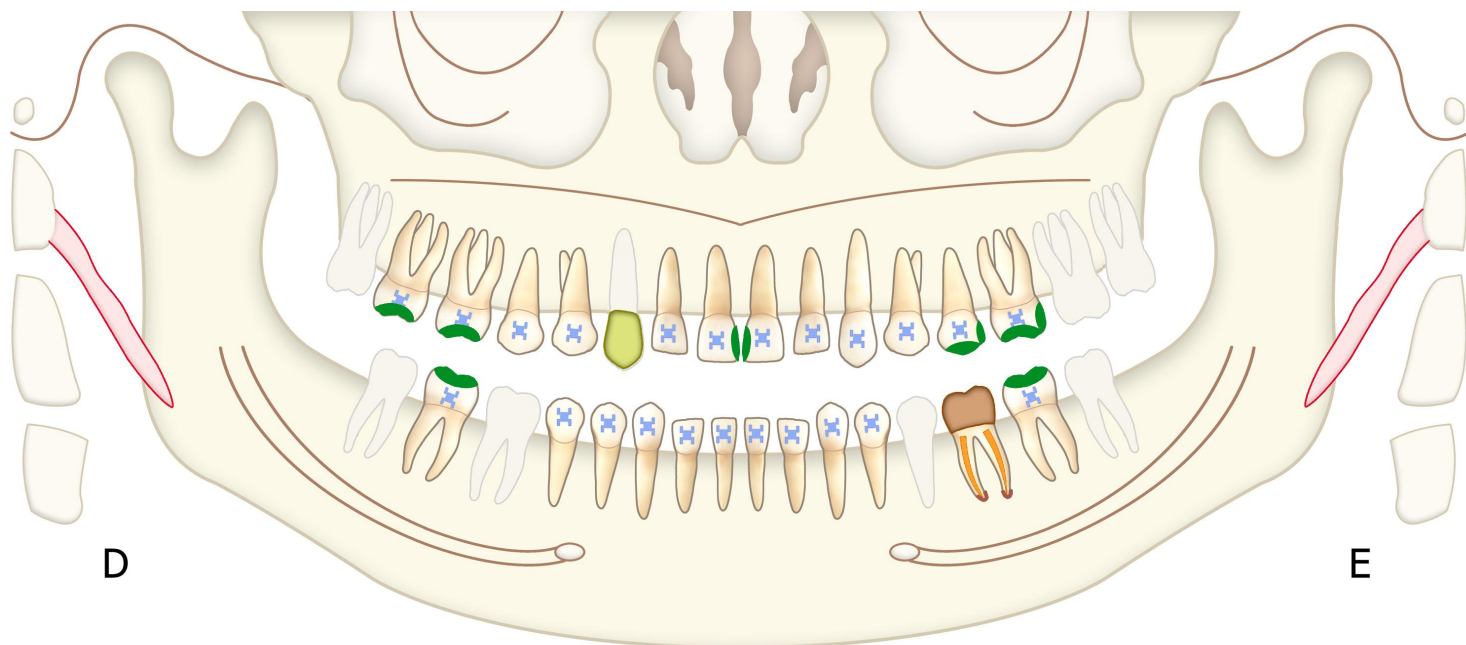
Nasc: **03/08/1972 - 52 anos e 11**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**









CPF: **599.210.131-49**

- Restauração com excesso marginal / sobrecontorno no dente 18.
- Destruição 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 DESCRITIVO

Exames radiográficos realizados: Radiografia Panorâmica Panorâmica.

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

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

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

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

Sugerimos acompanhamento clínico/radiográfico das imagens apresentadas no odontograma.

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

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



Atendimento: **392590**

Data: **10/07/2025**

Paciente: **LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA**

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

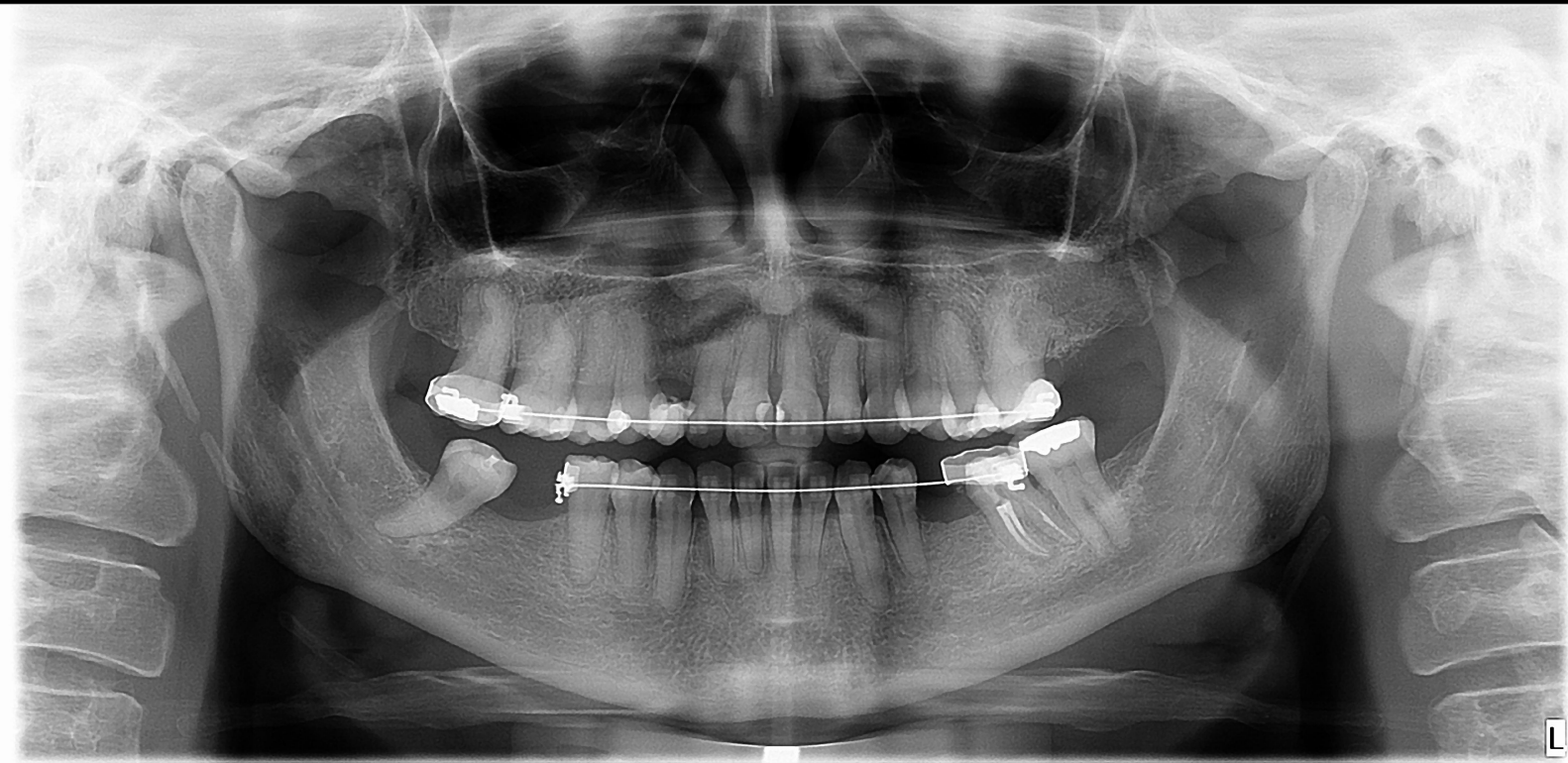
Indicação: **Dra Caroline Dourado**

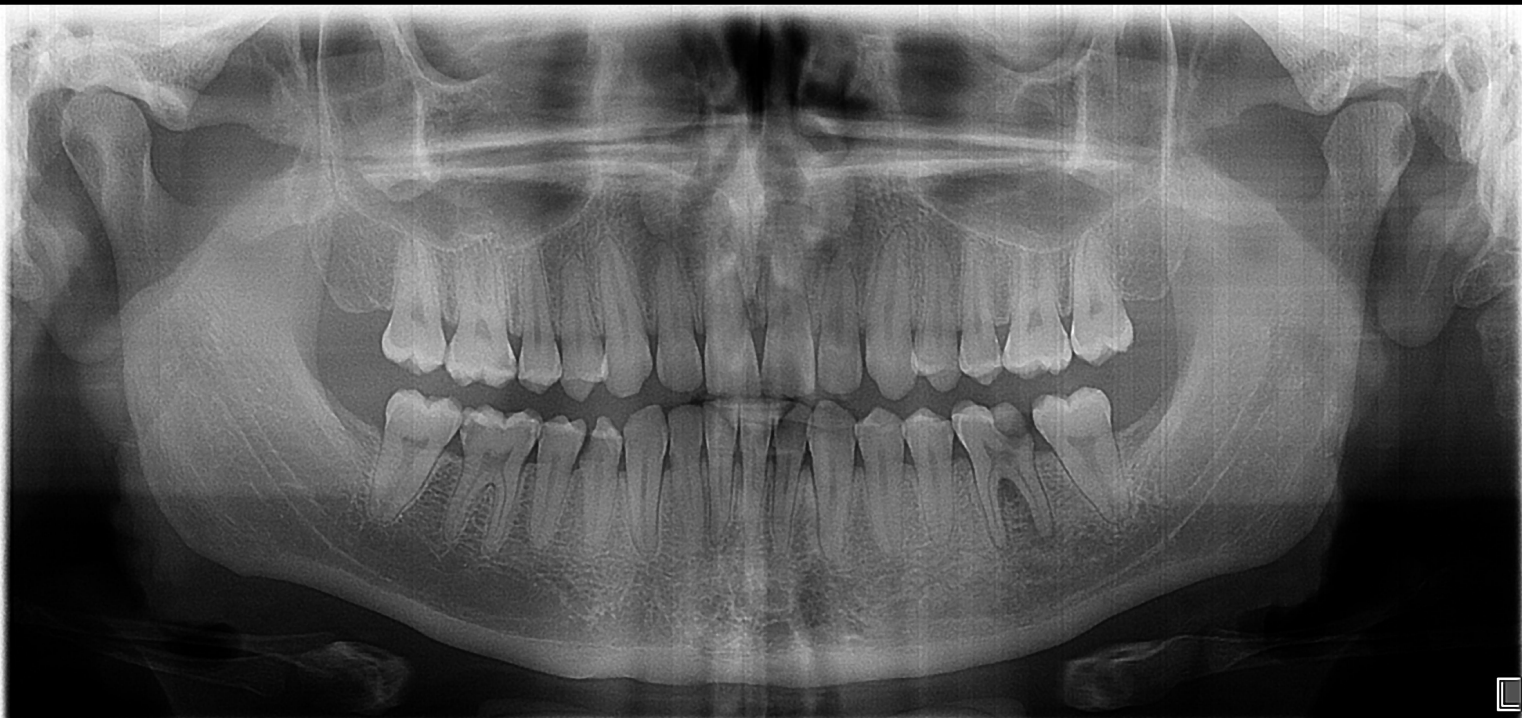
CPF: **003.953.701-32**

- Pôntico na região do dente 13.
- Processo estilóide alongado ou mineralização no complexo estilohióideo.

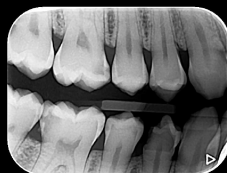
ESTE É UM EXAME COMPLEMENTAR E, COMO TAL, DEVERÁ SER ANALISADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA CORRELAÇÃO CLÍNICA, CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA, ORIENTAÇÃO E/ OU TRATAMENTO.

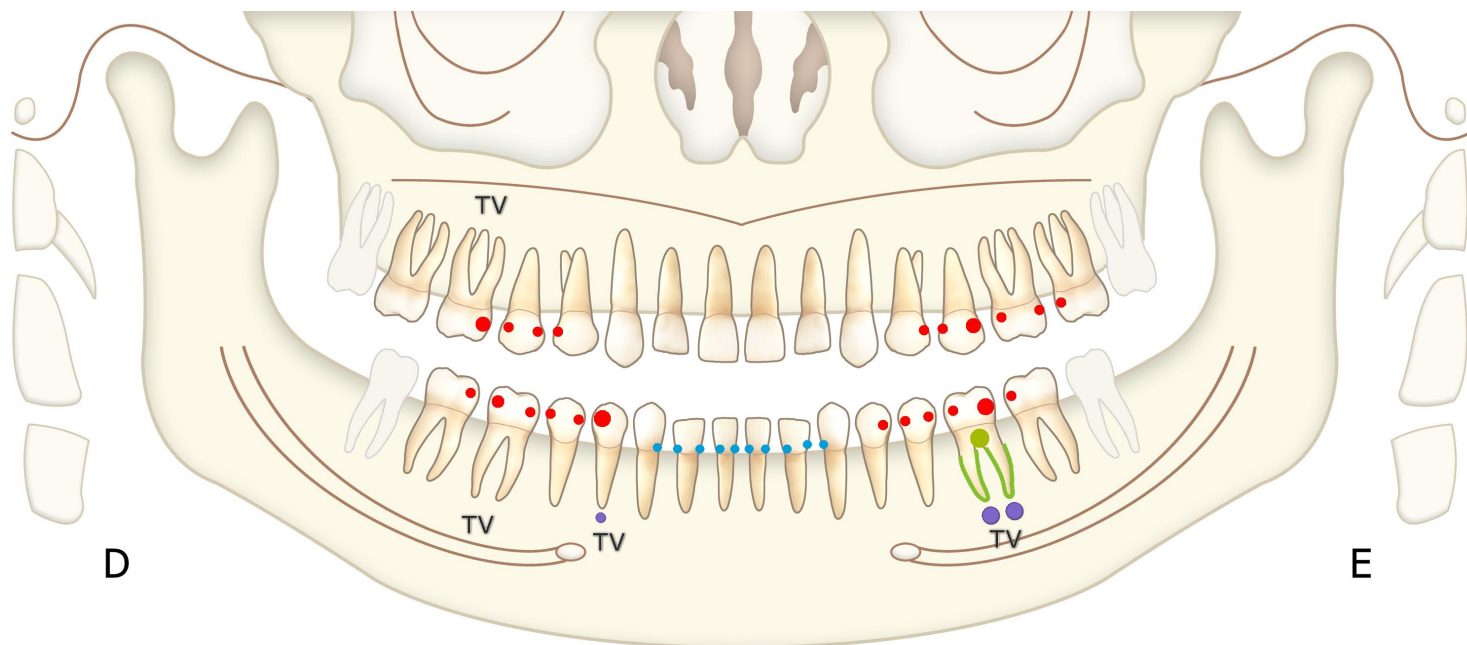













CRANEX1





Radiograficamente, as áreas assinaladas no odontograma são compatíveis com:

	Dente ausente		Cárie		Cálculo
	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 endodôntica e periodontal .

Brasília, 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 : clinidentalle@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 Odontológica 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

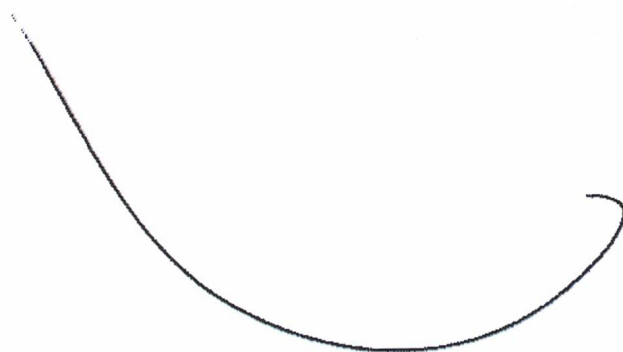
📍 SRTVS Quadra 701 - Bloco K - Sala 701/702 - Edifício Embassy Tower - Asa Sul - Brasília/DF
✉ examesdio@gmail.com

📱 @dracaroldourado

📞 61 99866.5816

316 22.05.25

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



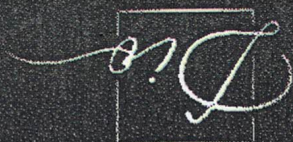
Caroline

See u. v.

Luzia J. da Silva

INSTITUTO ODONTOLÓGICO

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.

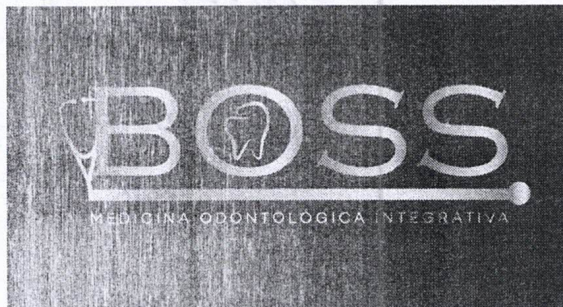
Dr. Marcos Mattos Scherre
Periodontia e Implantodontia
CRO/DF 2096 IE315

Brasilia, 03 de Julho de 2025

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

25264018P

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

Paciente Wanderson Cerqueira dos Santos

SOLICITAÇÃO DE EXAME

Solicito panorâmica

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
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Dr. Marcelo Mendonça

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



2330210
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2/9/10 5/12/5		4-Data de Autorização 2/9/10 5/12/5		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13937238		7-Data Validade da Senha 2/7/10 8/12/5		
Dados do Beneficiário												
8-Número de Carteira 01020205122577700001011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WILLIAM DE OLIVEIRA PEREIRA												
14-Telefone () - - - - -												
15-Data de Nascimento 01/01/1989												
16-Nome do titular do plano WILLIAM DE OLIVEIRA PEREIRA												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO				18-Número no CRO 1968		19-UF DF		20-Código CBO S 09		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 269851168000278		22-Nome do Contratado Essencial 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 (1) 81000405		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			03/06/2025	Handwritten signature	
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			03/06/2025	Handwritten signature	
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			03/06/2025	Handwritten signature	
4-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			03/06/2025	Handwritten signature	
5-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			03/06/2025	Handwritten signature	
6-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			03/06/2025	Handwritten signature	
7-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			03/06/2025	Handwritten signature	
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 03/06/25		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 162,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/06/25 Arlette A. Marchion Radiologista CRO-DF 1968				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/06/25 Handwritten signature				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /				

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-^o Nº



2347100
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/06	4-Data de Autorização 11/01/06	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13992712	7-Data Validada da Senha 11/01/09
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202151122798100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LARA FERNANDA JESUS SILVA					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano LARA FERNANDA JESUS SILVA					
25/08/2000					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGICO					
18-Número no CRO 1968					
19-UF DF					
20-Código CBO S 09					
025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2698151168000278					
22-Nome do Contratado Exequente RADIO - RADIOLOGICO EM ODONTOLOGIA					
23-Número no CRO 1968					
24-UF DF					
25-Código CNEB 6437141					
26-Nome do Profissional Exequente ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO					
27-Número no CRO 1968					
28-UF DF					
29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rotulo	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	000810002941	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			13/09/25		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Revisão Técnico de Tratamento 13/09/25	44-Tipo de Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input checked="" type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---	-----------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/09/25 Dr. Arlette A. Azeiteiro Radiologista CRO-DF 1968	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/09/25 Arlette A. Azeiteiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2316554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 19/10/25		4-Data de Autorização 19/10/25		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13893017		7-Data Validade da Senha 17/10/25	
8-Número da Carteira 00202578889300000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome CARLA CRISTINA DOS SANTOS ROSENO						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CARLA CRISTINA DOS SANTOS ROSENO		12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO		18-Número no CRO 1968		19-UF DF	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26985168000278						22-Nome do Contratado Exatante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA		20-Código CBO S 09		25-Código CNEB 6437141	
28-Nome do Profissional Exatante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO						23-Número no CRO 1968		24-UF DF		26-Código CBO S	
43-Data de Realização 19/09/25						44-Tipo de Atendimento 2		45-Tipo de Faturamento 1		46-Total Quantidade US 78,00	
47-Valor Total R\$ 0,00						48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/09/25 Carla Cristina		50-Data, local e Assinatura da Empresa	

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
19/09/25 Dr. André S. Machado Radiologista CRO-DF 1968

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/09/25 Carla Cristina

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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



2362937
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/7/2015		4-Data de Autorização 21/7/2015		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14044900		7-Data Validade da Senha 21/5/2019		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025122286800000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LIDIANE ALVES CAMELO DE BARROS												
14-Telefone () -												
15-Nome do titular do plano LIDIANE ALVES CAMELO DE BARROS												
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 21698511680002178												
22-Nome do Contratado Exatante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA												
23-Número no CRO 1968												
24-UF DF												
25-Código CNES 6437141												
26-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
27-Número no CRO 1968												
28-UF DF												
29-Código CBO S												
30-Data 01/08/1983												
31-Atendimento a RN N												
32-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
33-Número no CRO 1968												
34-UF DF												
35-Código CNES 6437141												
36-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
37-Número no CRO 1968												
38-UF DF												
39-Código CBO S												
40-Data 01/08/1983												
41-Atendimento a RN N												
42-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
43-Número no CRO 1968												
44-UF DF												
45-Código CNES 6437141												
46-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
47-Número no CRO 1968												
48-UF DF												
49-Código CBO S												
50-Data 01/08/1983												
51-Atendimento a RN N												
52-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
53-Número no CRO 1968												
54-UF DF												
55-Código CNES 6437141												
56-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
57-Número no CRO 1968												
58-UF DF												
59-Código CBO S												
60-Data 01/08/1983												
61-Atendimento a RN N												
62-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
63-Número no CRO 1968												
64-UF DF												
65-Código CNES 6437141												
66-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
67-Número no CRO 1968												
68-UF DF												
69-Código CBO S												
70-Data 01/08/1983												
71-Atendimento a RN N												
72-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
73-Número no CRO 1968												
74-UF DF												
75-Código CNES 6437141												
76-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
77-Número no CRO 1968												
78-UF DF												
79-Código CBO S												
80-Data 01/08/1983												
81-Atendimento a RN N												
82-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
83-Número no CRO 1968												
84-UF DF												
85-Código CNES 6437141												
86-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
87-Número no CRO 1968												
88-UF DF												
89-Código CBO S												
90-Data 01/08/1983												
91-Atendimento a RN N												
92-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
93-Número no CRO 1968												
94-UF DF												
95-Código CNES 6437141												
96-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
97-Número no CRO 1968												
98-UF DF												
99-Código CBO S												
100-Data 01/08/1983												
101-Atendimento a RN N												
102-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
103-Número no CRO 1968												
104-UF DF												
105-Código CNES 6437141												
106-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
107-Número no CRO 1968												
108-UF DF												
109-Código CBO S												
110-Data 01/08/1983												
111-Atendimento a RN N												
112-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
113-Número no CRO 1968												
114-UF DF												
115-Código CNES 6437141												
116-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
117-Número no CRO 1968												
118-UF DF												
119-Código CBO S												
120-Data 01/08/1983												
121-Atendimento a RN N												
122-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
123-Número no CRO 1968												
124-UF DF												
125-Código CNES 6437141												
126-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
127-Número no CRO 1968												
128-UF DF												
129-Código CBO S												
130-Data 01/08/1983												
131-Atendimento a RN N												
132-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
133-Número no CRO 1968												
134-UF DF												
135-Código CNES 6437141												
136-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
137-Número no CRO 1968												
138-UF DF												
139-Código CBO S												
140-Data 01/08/1983												
141-Atendimento a RN N												
142-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
143-Número no CRO 1968												
144-UF DF												
145-Código CNES 6437141												
146-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
147-Número no CRO 1968												
148-UF DF												
149-Código CBO S												
150-Data 01/08/1983												
151-Atendimento a RN N												
152-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
153-Número no CRO 1968												
154-UF DF												
155-Código CNES 6437141												
156-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
157-Número no CRO 1968												
158-UF DF												
159-Código CBO S												
160-Data 01/08/1983												
161-Atendimento a RN N												
162-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
163-Número no CRO 1968												
164-UF DF												
165-Código CNES 6437141												
166-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
167-Número no CRO 1968												
168-UF DF												
169-Código CBO S												
170-Data 01/08/1983												
171-Atendimento a RN N												
172-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
173-Número no CRO 1968												
174-UF DF												
175-Código CNES 6437141												
176-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
177-Número no CRO 1968												
178-UF DF												
179-Código CBO S												
180-Data 01/08/1983												
181-Atendimento a RN N												
182-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
183-Número no CRO 1968												
184-UF DF												
185-Código CNES 6437141												
186-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
187-Número no CRO 1968												
188-UF DF												
189-Código CBO S												
190-Data 01/08/1983												
191-Atendimento a RN N												
192-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
193-Número no CRO 1968												
194-UF DF												
195-Código CNES 6437141												
196-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
197-Número no CRO 1968												
198-UF DF												
199-Código CBO S												
200-Data 01/08/1983												
201-Atendimento a RN N												
202-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
203-Número no CRO 1968												
204-UF DF												
205-Código CNES 6437141												
206-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
207-Número no CRO 1968												
208-UF DF												
209-Código CBO S												
210-Data 01/08/1983												
211-Atendimento a RN N												
212-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
213-Número no CRO 1968												
214-UF DF												
215-Código CNES 6437141												
216-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
217-Número no CRO 1968												
218-UF DF												
219-Código CBO S												
220-Data 01/08/1983												
221-Atendimento a RN N												
222-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
223-Número no CRO 1968												
224-UF DF												
225-Código CNES 6437141												
226-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
227-Número no CRO 1968												
228-UF DF												
229-Código CBO S												
230-Data 01/08/1983												
231-Atendimento a RN N												
232-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
233-Número no CRO 1968												
234-UF DF												
235-Código CNES 6437141												
236-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
237-Número no CRO 1968												
238-UF DF												
239-Código CBO S												
240-Data 01/08/1983												
241-Atendimento a RN N												
242-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
243-Número no CRO 1968												
244-UF DF												
245-Código CNES 6437141												
246-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
247-Número no CRO 1968												
248-UF DF												
249-Código CBO S												
250-Data 01/08/1983												
251-Atendimento a RN N												
252-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
253-Número no CRO 1968												
254-UF DF												
255-Código CNES 6437141												
256-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
257-Número no CRO 1968												
258-UF DF												
259-Código CBO S												
260-Data 01/08/1983												
261-Atendimento a RN N												
262-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
263-Número no CRO 1968												
264-UF DF												
265-Código CNES 6437141												
266-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
267-Número no CRO 1968												
268-UF DF												
269-Código CBO S												
270-Data 01/08/1983												
271-Atendimento a RN N												
272-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
273-Número no CRO 1968												
274-UF DF												
275-Código CNES 6437141												
276-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
277-Número no CRO 1968												
278-UF DF												
279-Código CBO S												
280-Data 01/08/1983												
281-Atendimento a RN N												
282-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
283-Número no CRO 1968												
284-UF DF												
285-Código CNES 6437141												
286-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
287-Número no CRO 1968												
288-UF DF												
289-Código CBO S												
290-Data 01/08/1983												
291-Atendimento a RN N												
292-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
293-Número no CRO 1968												
294-UF DF												
295-Código CNES 6437141												
296-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
297-Número no CRO 1968												
298-UF DF												
299-Código CBO S												
300-Data 01/08/1983												
301-Atendimento a RN N												
302-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
303-Número no CRO 1968												
304-UF DF												
305-Código CNES 6437141												
306-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
307-Número no CRO 1968												
308-UF DF												
309-Código CBO S												
310-Data 01/08/1983												
311-Atendimento a RN N												
312-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
313-Número no CRO 1968												
314-UF DF												
315-Código CNES 6437141												
316-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
317-Número no CRO 1968												
318-UF DF												
319-Código CBO S												
320-Data 01/08/1983												
321-Atendimento a RN N												
322-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
323-Número no CRO 1968												
324-UF DF												
325-Código CNES 6437141												
326-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
327-Número no CRO 1968												
328-UF DF												
329-Código CBO S												
330-Data 01/08/1983												
331-Atendimento a RN N												
332-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
333-Número no CRO 1968												
334-UF DF												
335-Código CNES 6437141												
336-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
337-Número no CRO 1968												
338-UF DF												
339-Código CBO S												
340-Data 01/08/1983												
341-Atendimento a RN N												
342-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
343-Número no CRO 1968												
344-UF DF												
345-Código CNES 6437141												
346-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
347-Número no CRO 1968												
348-UF DF												
349-Código CBO S												
350-Data 01/08/1983												
351-Atendimento a RN N												
352-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
353-Número no CRO 1968												
354-UF DF												
355-Código CNES 6437141												
356-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
357-Número no CRO 1968												
358-UF DF												
359-Código CBO S												
360-Data 01/08/1983												
361-Atendimento a RN N												
362-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
363-Número no CRO 1968												
364-UF DF												
365-Código CNES 6437141												
366-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
367-Número no CRO 1968												
368-UF DF												
369-Código CBO S												
370-Data 01/08/1983												
371-Atendimento a RN N												
372-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
373-Número no CRO 1968												
374-UF DF												
375-Código CNES 6437141												
376-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
377-Número no CRO 1968												
378-UF DF												
379-Código CBO S												
380-Data 01/08/1983												
381-Atendimento a RN N												
382-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
383-Número no CRO 1968												
384-UF DF												
385-Código CNES 6437141												
386-Nome do Profissional Excutante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO												
387-Número no CRO 1968												
388-UF DF												
389-Código CBO S												
390-Data 01/08/1983												
391-Atendimento a RN N												
392-Nome do Contratado Exatante RADIODIAGNOSTICO												
393-Número no CRO 1968												
39												

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2363094
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia [2][7]/[0][6]/[2][5]	4-Data de Autorização [2][7]/[0][6]/[2][5]	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14045411	7-Data Validade da Senha [2][5]/[0][9]/[2][5]
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira [0][0][2][0][2][5][5][0][4][0][2][5][0][0][0][0][1][0][1]	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira []/[]/[]		
13-Nome CRISTINA TRAVASSOS DE OLIVEIRA			14-Telefone []-[]-[]-[]-[]-[]		
15-Data de Realização 03/08/1972			16-Nome do titular do plano CRISTINA TRAVASSOS DE OLIVEIRA		
18-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RADIO DIAGNOSTICO		19-UF DF	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [2][6][9][8][5][1][6][8][0][0][0][2][7][8]		22-Nome do Contratado Exatante RADIO - RADIO DIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA		20-Código CBO B 09	
23-Data de Realização 03/08/1972		24-UF DF		25-Código CNES 6437141	
26-Nome do Profissional Exatante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO		27-Número no CRO 1968		28-UF DF	
29-Data de Realização 03/08/1972		30-UF DF		31-Código CBO B 09	

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	[0][0][8][1][0][0][4][0][5]	RADIOGRAFIA PANORÂMICA									
2	[0][0][8][1][0][0][3][7][5]	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	[1][4][0][0]				[09/08/1972]	
3	[0][0][8][1][0][0][3][7][5]	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	[1][4][0][0]				[09/08/1972]	
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/10/1972	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US [1][0][6][1][0][0]	47-Valor Total R\$ []-[]-[]-[]-[]-[]	48-Total Franquia / Co-participação R\$ []-[]-[]-[]-[]-[]
--	--	---	--	---	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, as despesas 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 Radiologista 09/08/1972	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/08/1972	53-Data, local e Carimbo da Empresa []/[]/[]-[]-[]-[]
--	--	---	--



2325190
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/07/2015	4-Data de Autorização 26/07/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13920134	7-Data Validade da Senha 24/08/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COMITE BRASILEIRO DE CLUBES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCIANA MESSIAS TELES DE SOUZA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
---	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 269851168000278	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 1968	24-UF DF	25-Código CNES 6437141
--	---	--------------------------	-------------	---------------------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			07/25		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 07/25	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

Dr. Arlette A. Gomes
 Radiologista
 CRO-DF 1968

53-Data, local e Carimbo da Empresa



2394797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/2012	4-Data de Autorização 22/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14146048	7-Data Validade da Senha 20/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira _/_/_/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome WANDERSON CERQUEIRA DOS SANTOS	14-Telefone () _ _ _ _ _	15-Nome do titular do plano WANDERSON CERQUEIRA DOS SANTOS
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRD 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIO DIAGNOSTICO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 269081000375	22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIO DIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRD 1968		24-UF DF

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			29/07/25		Wanderson
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			29/07/25		Wanderson
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			29/07/25		Wanderson
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			29/07/25		Wanderson
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			29/07/25		Wanderson
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/07/25	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 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _/_/_/_/	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/25 Arlette Aparecida Gomes Asevedo CRO-DF 1968	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/25 Wanderson Cerqueira dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/_/_/
---	---	---	---