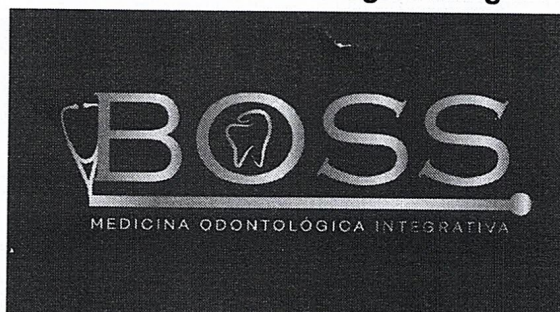


BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE Angela Maria Souza Dutra

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicito panorâmica

Justificativa: para avaliação de possíveis exodontias

Solicito periapicais dos dentes 11, 21 e 22

Justificativa: para verificar possíveis tratamentos endodônticos.

Marcelo Mendonça

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

CRO/DF 1598

Brasília; 04/11/2025

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2491703
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/06/11 10/12/15	4-Data de Autorização 10/06/11 10/12/15	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14454074	7-Data Validade da Sentença 10/05/11 12/12/15
8-Número da Carteira 10/02/10 12/05/11 12/06/23 10/02/00 10/01/01	9-Piloto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THAYNA GONCALVES BARBOSA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano THAYNA GONCALVES BARBOSA	16-Data Validade do Plano 05/09/2000	17-Data Validade do Plano 05/09/2000	
18-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento N	19-Endereço do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	20-Endereço do Profissional Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	21-Código de Origem / CNPJ / CPF 12/69/815116801010278	22-Número no CRO 1968	23-Código CRO S 09
24-Endereço do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	25-Endereço do Profissional Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	26-Número no CRO 1968	27-Código CRO S 6437141	28-UF DF	29-UF DF
30-Título 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US
37-Valor 1968	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura

30-Título	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-000	810004211	RX PERIAPICAL	RMSD	1	14,00	6,30	1968	09	06/11/11	2491703	Interchange	
2-000	810004211	RX PERIAPICAL	RMSE	1	14,00	6,30	1968	09	06/11/11	2491703	Interchange	
3-000	810004211	RX PERIAPICAL	RMID	1	14,00	6,30	1968	09	06/11/11	2491703	Interchange	
4-000	810004211	RX PERIAPICAL	RMIE	1	14,00	6,30	1968	09	06/11/11	2491703	Interchange	
5-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	6,30	1968	09	06/11/11	2491703	Interchange	
6-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	6,30	1968	09	06/11/11	2491703	Interchange	
7-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	6,30	1968	09	06/11/11	2491703	Interchange	
8-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	6,30	1968	09	06/11/11	2491703	Interchange	
9-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-										
10-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-										
11-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-										
12-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-										
13-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-										
14-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-										
15-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-										
16-000	810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-										

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/11/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 1112,00	47-Valor Total R\$ 510,40	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 em referência ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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



Solicitação de Radiografia

Paciente: *Thayna Gonçalves Barbosa*

Solicito radiografia periapical dentes 17,47,27,38 para avaliação periodontal e endodôntica.

Interproximais de molares e pré-molares direito e esquerdo para avaliação de lesões cáries.

Brasília, 01 de outubro 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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão do Guia
11/01/11 11/25

4-Data de Autorização
11/01/11 11/25

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
14595816

8-Número da Carteira
100210251124244400000101

9-Tipo
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/01/11 11/25

7-Data Validade da Senha
10/01/11 11/25

2538000
INTERCAMBIO

13-Nome
CLEYTON CESAR DE MACEDO MENEZES

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
RADIOLOGICO

27/02/1991

14-Telefone

16-Nome do titular do plano
CLEYTON CESAR DE MACEDO MENEZES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
126918511680002781

25-Nome do Profissional Especialista
ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

22-Nome do Contratado Especialista
RADIO - RADIOLOGICO EM ODONTOLOGIA

26-Nome do Profissional Especialista

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

27-Número no CRO
1968

28-UF
DF

29-Código CRO S

025 -
Faturar Empresa

30-Fluxo
31-Código do Procedimento

32-Descrição
RX PERIAPICAL

33-Dente/Região
RMD

34-Fraco

35-Clid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquico-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Ocorrência

2-000810004211
RX PERIAPICAL

RMSD

11

14

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

4-000810004211

RMSD

11

14

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

6-000810004211

RMSD

11

14

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

8-000810004211

RMSD

11

14

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10-000810004211

RMSD

11

14

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

12-000810004211

RMSD

11

14

10

10

10

10

10

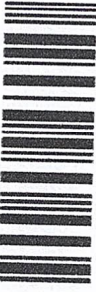
10

10

10

10

10



Declaração, que após ler 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.

43-Data Prevista Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Tratamento
46-Total Quantidades US
47-Valor Total R\$
48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

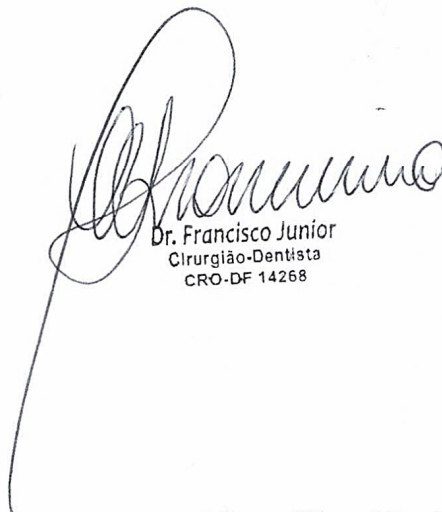
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

Paciente: *Cleyton César Macedo Menezes*

Solicito radiografia periapical da região dos dentes 18 e 48 para avaliação pós operatória.



Dr. Francisco Junior
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 14268

Brasilia, 07 de novembro de 2025

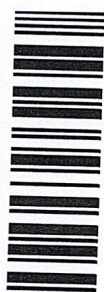
SDS Shopping Conjunto Nacional sala 4079, torre
amarela Tel: 61 3963-1415
E-mail : clinidentalle@gmail.com



Inteligência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2542091
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/21/11/25	4-Data de Autorização 11/21/11/25	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14610000	7-Data Validade da Semha 11/10/11/26							
8-Número da Carteira 1010210215124857600000101011												
9-Plano POS REDE PRESTADORA												
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA												
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11												
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706200073491766												
13-Nome DOUGLAS AIRES PORTO												
14-Telefone () - - - - -												
15-Data de Autorização 27/02/1999												
16-Número no CRO 1968												
17-Número no CRO 1968												
18-Número no CRO 1968												
19-UF DF												
20-Código CBO S 09												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12169181511681010121718												
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												
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Anu	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2-0	01810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3-0	01810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4-0	01810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5-0	01810004051	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
6-0	01810004051			1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
7-0	01810004051			1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
8-0	01810004051			1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
9-0	01810004051			1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
10-0	01810004051			1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
11-0	01810004051			1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
12-0	01810004051			1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
13-0	01810004051			1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
14-0	01810004051			1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
15-0	01810004051			1	1	7,80	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/25												
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 1134,00												
47-Valor Total R\$ 10,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00												

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
Ato 81000294: Apresentar justificativa para autorização do procedimento

Ato 81000294: Necessário anexar radiografia no site para autorização

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/21/11/25

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/21/11/25

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/21/11/25

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/21/11/25



Receituário

Paciente: Douglas Aires Porto

Solicito os seguintes exames:

- Radiografia panorâmica (ortopantomografia)
- Radiografias periapicais completa
- Radiografia interproximal (bite-wing) direito e esquerdo

Avaliação inicial para diagnóstico, planejamento de tratamento odontológico e controle cephal das estruturas dentárias e ósseas.

Dra. Lelicia Farnes
DTM e Prof. Orofacial
Ortodontia
CRD-DF 6571

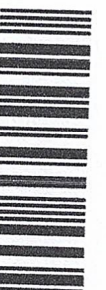
Brasília, 12 de 11 de 2025

Assinatura do Profissional e Carimbo

61 3442-8122 | 98183-1330 @lfortodontiaortodtm
SEPS 710/910, ED. Via Brasil, Torre B, Salas 522/523
Asa Sul Brasília/DF (ao lado do hospital Alvorada)

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



2545600
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414		3-Data de Emissão da Guia: 11/17/11 11/215		4-Data de Autorização: 11/17/11 11/215		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal: 14621331		7-Data Validada da Senha: 11/16/10 11/216	
8-Número do Cartão: 09712026004000212123		9-Fluxo POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CFO CONFEEDE ODONT		11-Data Validade do Cartão: 11/16/10 11/216		12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 703002885187475		13-Data Validade da Guia: 11/16/10 11/216	
13-Nome: BEATRIZ VITORIA GALDINO DA SILVA											
14-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento: 17/12/2005											
15-Nome do Profissional Solicitante: BEATRIZ VITORIA GALDINO DA SILVA											
16-Atendimento a RN: N											
17-Nome do Profissional Solicitante: RADIOLOGISTICO											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 12691851161810000278											
22-Nome do Contratado Executante: RADIO - RADIOLOGISTICO EM ODONTOLOGIA											
23-Nome do Profissional Executante: ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO											
24-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela											
31-Código do Procedimento											
32-Descrição											
33-Dente/Região											
34-Faixa											
35-Qtd											
36-Quantidade US											
37-Valor											
38-Franquia/Co-participação R\$: 19											
39-Ant											
40-Data de Realização											
41-Método da Guia											
42-Assinatura											
43-Data Pagamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Tratamento											
46-Valor Quantitativo US											
47-Valor Total R\$											
48-Valor 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-Operadora: Justificativa: 81000405. VERIFICAR POSSÍVEIS EXODONTIAS.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Responsável		53-Data, local e Cartão da Empresa	
		11/16/10 11/216		11/16/10 11/216		11/16/10 11/216	

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE Beatriz Vitoria Galdino da Silva

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicito panoramica

Justificativa: para verificar possíveis exodontias


Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

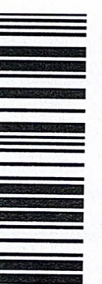
Marcelo Mendonça

CRO/DF 1598

Brasília; 12/11/2025

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2537316
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
 406414

3-Data de Emissão da Guia
 11/01/11/25

4-Data de Autorização
 11/11/11/25

Dados do Beneficiário

6-Número da Guia Principal
 14593300

5-Senha
 AUTORIZADO

7-Data Validade da Senha
 09/01/12/16

8-Número da Carteira
 002025124779700000101

13-Nome
 VANESSA VIEIRA DA SILVA

9-Plano
 POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
 09/01/12/16

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RV
 19/05/1996

14-Teléfono
 () -

15-Nome do titular do Plano
 VANESSA VIEIRA DA SILVA

16-Atendimento a RV
 N

17-Nome do Profissional Solicitante
 RADIOLOGIA GOMES ASEVEDO

18-Número no CRO
 1968

19-UF
 DF

20-Código CBO S
 09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 26191815168000278

22-Nome do Contratado Executante
 RADIO - RADIOLOGIA GOMES ASEVEDO

23-Número no CRO
 1968

24-UF
 DF

25-Código CNES
 6437141

26-Código CBO S
 22360

27-Número no CRO
 1968

28-UF
 DF

29-Código CBO S
 22360

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

26-Nome do Profissional Executante
 ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

27-Número no CRO
 1968

28-UF
 DF

29-Código CBO S
 22360

30-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

31-Aut
 S

32-Data de Realização
 11/03/11

33-Motivo da Glosa
 2021

34-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da Glosa
 2021

42-Assinatura
 [Assinatura]

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
 1008100405

34-Face
 1

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 78,00

37-Valor
 0,00

38-Franchia/Co-participação R\$
 0,00

39-Aut
 S

40-Data de Realização
 11/03/11

41-Motivo da G



Seed Odonto Estética

Quadra 303, S/N, CNPJ 59.309.535/0001-91, (61) 99834-2088, EPAO/CRO 4086 DF, IE 08366562/001-56, RT CRO/DF 014534 - Recanto das Emas - Brasília / DF
(61) 99834-2088

RAIO X PANORÂMICA

PACIENTE: VANESSA VIEIRA DA SILVA

Solicitado:

- **PANORÂMICA**

JUSTIFICATIVA:

A radiografia panorâmica é indicada para análise da arquitetura óssea e avaliação das relações dentárias, presença de elementos impactados e condições dos ossos maxilar e mandibular. O exame é essencial para diagnóstico de perda óssea e planejamento cirúrgico de exodontia dos terceiros molares, assegurando precisão diagnóstica e suporte adequado às intervenções odontológicas.

08/11/2025

Dra. Roberta Rodrigues Campos
Cirurgia-Dentista
CRO/DF 13332

ROBERTA RODRIGUES CAMPOS
CRO: DF 13332



Seed Odonto Estética

Quadra 303, S/N, CNPJ 59.309.535/0001-91, (61) 99834-2088, EPAO/CRO 4086 DF, IE 08366562/001-56, RT CRO/DF 014534 - Recanto das Emas - Brasília / DF
(61) 99834-2088

LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO

PACIENTE: VANESSA VIEIRA DA SILVA

Solicito:

- **LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO**

Justificativa:

De acordo com a avaliação individual do paciente, solicita-se a realização de levantamento radiográfico para possibilitar a execução de múltiplos tratamentos endodônticos, bem como a análise de possível perda óssea e dentária. O paciente apresenta necessidade de raspagem subgengival e requer acompanhamento rigoroso. Durante o exame clínico, foram observadas bolsas periodontais. O exame radiográfico é essencial para o adequado planejamento e organização do tratamento odontológico do paciente.

08/11/2025


Dra. Roberta Rodrigues Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO/DF 13332

ROBERTA RODRIGUES CAMPOS
CRO: DF 13332

2-Na



2557021
INTERCÂMBIO

CLÍNICA: Odonto Clínica Candanga

ENDEREÇO: Quadra QR.3 Módulo 2, sala 101 - Candangolândia

Telefone: (61) 98110-2579 ou (61) 3301-8466

E-MAIL: odontoclinicacandanga@gmail.com

RADIOLOGIA PARCEIRA: RÁDIO DIAGNÓSTICO (61) 3963-9898 SEGUEM OS PREÇOS SUGERIDOS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

PACIENTE: Jorge Luis de Freitas Neves

- () RADIOGRAFIA PERIAPICAL DO DENTE: (avaliar restaurações, cáries e estrutura dental) R\$25.00
- (X) RADIOGRAFIA PANORÂMICA (avaliar arcada dentária e ATM) R\$65.00
- (X) RADIOGRAFIA PERIAPICAL DE INCISIVOS SUP/INF (avaliar restaurações, cáries e estrutura dental) R\$25.00
- () RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA IMPLANTES (avaliar medida óssea) R\$100.00
- (X) RADIOGRAFIAS INTERPROXIMAIS DE (avaliar restaurações, cáries e adaptação marginal)
- (X) MOLARES DIR/ESQ R\$50.00
- (X) PRÉ-MOLARES DIR/ESQ R\$50.00
- () DOC 2 = PAN + TELE + 4 INTERPROXIMAIS + 2 PERIAPICAIS DE INCISIVOS SUP/INF + 8 FOTOS + UNESP (avaliar proporção óssea e dentária, registrar imagens prévias ao tratamento e planejar a conduta ortodôntica) R\$175.00
- () DOC OCC = PAN P/ IMPLANTES + TELE + 4 INTERPROXIMAIS + 2 PERIAPICAIS DE INCISIVOS SUP/INF + 8 FOTOS + UNESP (avaliar proporção óssea e dentária, registrar imagens prévias ao tratamento e planejar a conduta ortodôntica) R\$205.00
- () TOMOGRAFIA DO DENTE: (avaliar furca, cárie radicular, fratura radicular, contato com o nervo) R\$165.00
- () TOMOGRAFIA SEM IMPRESSÃO (arquivo dental slice)
- () MAXILA R\$125.00
- () MANDÍBULA R\$125.00

Em caso de não cobertura em algum dos exames solicitados, favor realizar os que forem autorizados e encaminhar os arquivos digitais para o e-mail da clínica.

18/11/2025

Dr. Ronan Rabelo Tavares da Câmara
Cirurgião Dentista
CRO-DF 9002

Ronan Rabelo CRO-DF 9002



PRO NATURE

INSTITUTO DE REABILITAÇÃO ORAL

Paciente: Thiago Paz Guterman

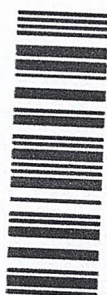
Solicito:
Radiografia panorâmica para avaliação inicial.

Data 26/11/2025

Dra. Dara Resende
Dra. Dara Resende
CRO-DF 13091

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 2 6 / 1 1 / 2 5 4-Dia de Autorização 12 6 / 1 1 / 2 5 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14659155 7-Dia Validade da Semana 12 5 / 1 0 / 1 1 / 2 6

2558700
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 2 2 8 6 8 0 0 0 0 0 1 0 1 1 9-Nome LIDIANE ALVES CAMELO DE BARROS 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003489542954 13-Nome LIDIANE ALVES CAMELO DE BARROS 14-Telefone 01/08/1983 15-Nome do Ilustrar do plano 16-Data Validade da Carteira 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 1968 19-UF DF 20-Código CRO S 09 21-Data Validade da Carteira 22-Número do Cartão Nacional de Saúde 23-Número no CRO 1968 24-UF DF 25-Código CRO S 6437141 26-Data Validade da Carteira 27-Número no CRO 1968 28-UF DF 29-Código CRO S 6437141

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12 6 9 8 5 1 6 8 0 0 0 2 7 8 22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIO DIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA 23-Número no CRO 1968 24-UF DF 25-Código CRO S 6437141 26-Data Validade da Carteira 27-Número no CRO 1968 28-UF DF 29-Código CRO S 6437141 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO 31-Código do Procedimento 32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA 33-Dente/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Participação 41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura

30-Trabalho	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Participação	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	0 0	8 1 0 0 0 4 0 5										
2	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
3	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
4	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
5	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
6	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
7	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
8	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
9	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
10	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
11	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
12	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
13	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
14	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
15	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										
16	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5										

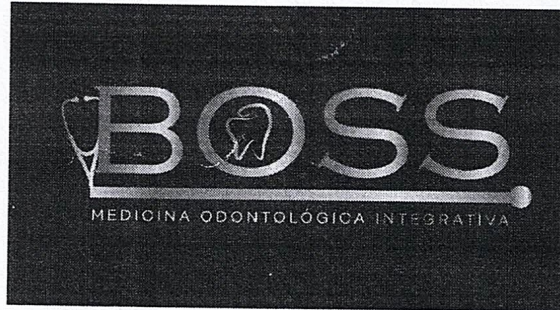
43-Data Recebido 12/08/2015 44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Forma de Pagamento 1 1-Total 2-Parcela 46-Total Quantidade US 1 3 4 0 0 47-Valor Total R\$ 1 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme sistema apresentado, 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 Justificativa: 81000405: POSSÍVEIS EXODONTIAS.

50-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante 12/08/2015 51-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista Responsável 12/08/2015 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2015 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/08/2015

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE Lidiane Alves Camelo

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicito: panorâmica

Justificativa: para verificar possíveis exodontias

Solicito bite wing de molares e pré molares direito e esquerdo

Justificativa: para verificar cáries interproximais

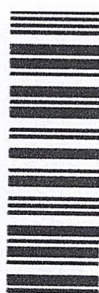
OBS: ESSA SOLICITAÇÃO DE EXAME NÃO É FEITA NA CLÍNICA, POIS NÃO POSSUÍMOS O EQUIPAMENTO NECESSÁRIO.


Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Marcelo Mendonça
CRO/DF 15987
Brasília; 24/11/2025

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



2545591
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4066414		3-Dia de Emissão do Guia 11/11/2015		4-Dia de Autorização 11/11/2015		5-Sinô AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14621304		7-Dia Validado da Sinô 11/10/2015																																																																																																																																																																																																																	
8-Número da Carteira 00020251191769000185011		9-Puro POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GENESIO A MENDES CIA LTDA		11-Dia Validado da Carteira 11/11/15		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																			
13-Nome MARIA EDUARDA SOUZA DE OLIVEIRA																																																																																																																																																																																																																											
14-Data de Validade Responsável pelo Tratamento 05/10/2004																																																																																																																																																																																																																											
15-Endereço e RN RADIODIAGNOSTICO																																																																																																																																																																																																																											
16-Código na Operadora / CNPJ / CPF 126985116810002781																																																																																																																																																																																																																											
17-Nome do Contratado Esculento RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA																																																																																																																																																																																																																											
18-Nome do Profissional Esculento ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO																																																																																																																																																																																																																											
19-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Índice</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Fraco</th> <th>35-Cid</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Dia de Realização</th> <th>41-Método da Classe</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>00</td> <td>81000294</td> <td>LEVANTAMENTO</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>222,00</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Método da Classe	42-Assinatura	1	00	81000294	LEVANTAMENTO			1	222,00			0,00			2													3													4													5													6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Método da Classe	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																															
1	00	81000294	LEVANTAMENTO			1	222,00			0,00																																																																																																																																																																																																																	
2																																																																																																																																																																																																																											
3																																																																																																																																																																																																																											
4																																																																																																																																																																																																																											
5																																																																																																																																																																																																																											
6																																																																																																																																																																																																																											
7																																																																																																																																																																																																																											
8																																																																																																																																																																																																																											
9																																																																																																																																																																																																																											
10																																																																																																																																																																																																																											
11																																																																																																																																																																																																																											
12																																																																																																																																																																																																																											
13																																																																																																																																																																																																																											
14																																																																																																																																																																																																																											
15																																																																																																																																																																																																																											
43-Dia Previsto Término do Tratamento 28/11/15																																																																																																																																																																																																																											
44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência																																																																																																																																																																																																																											
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial																																																																																																																																																																																																																											
46-Total Quantidade US 1222,00																																																																																																																																																																																																																											
47-Valor Total R\$ 10,00																																																																																																																																																																																																																											
48-Total Franquia / Co-participação R\$																																																																																																																																																																																																																											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Ato 81000294 Apresentar justificativa para autorização do procedimento Ato 81000294 Necessário anexar radiografia no site para autorização

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/15		51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 28/11/15		52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/15		53-Dia, local e Assinatura da Empresa 11/11/15	
--	--	---	--	--	--	---	--

CRÓ-DE 1968

CRÓ-DE 1968

CRÓ-DE 1968

CRÓ-DE 1968

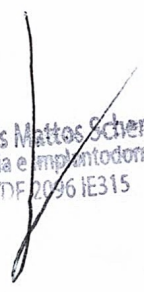


Solicitação de Radiografia

Paciente: *Maria Eduarda Souza de Oliveira*

Solicito radiografia **periapical total** para avaliação periodontal e endodôntica.

Brasilia, 14 de novembro 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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2523459
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/8/11 01/215	4-Dia de Autorização 12/8/11 01/215	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14548422	7-Dia Validado da Soma 12/7/11 21/215
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 1010210215112213812181010101011011	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validado da Carteira 11/11/1999	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 11/11/1999
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---

13-Nome ESTHER NUNES ROSSI	14-Telefone (1611) 9131312222	15-Nome do titular do plano ESTHER NUNES ROSSI
-------------------------------	----------------------------------	---

16-Atendimento a RN RADIODIAGNOSTICO	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRCO 1968	19-UF DF	20-Código CBO S 09	21-Código CBO S 6437141	22-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA	23-Número no CRCO 1968	24-UF DF	25-Código CBO S 1968	26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO	27-Número no CRCO 1968	28-UF DF	29-Código CBO S 1968
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------	----------------------------	--	---------------------------	-------------	-------------------------	---	---------------------------	-------------	-------------------------

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Válor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Dia de Realização 41-Motivo da Olosa 42-Assinatura	31-Código do Procedimento RX PERIAPICAL	32-Descrição RME	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 14,00	37-Válor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 03,11	39-Aut 25	40-Dia de Realização 11/25	41-Motivo da Olosa Estimado	42-Assinatura Estimado
--	--	---------------------	----------------------	--------------	-------------	---------------------------	------------------	--	--------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------

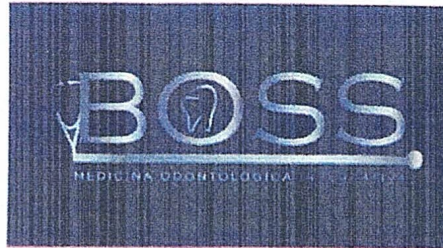
43-Dia Previsto Término do Tratamento 10/3/11/11/25	44-Tipo de Atendimento 1-Tipos de Atendimento	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 03,11
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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. Declino, 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-Cota, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Cota, local e Assinatura do Conselho-Dentista 10/3/11/11/25	52-Cota, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/11/11/25	53-Cota, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
--	---	--	--

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: ESTHER NUNES ROSSI

Solicitação de exame

Solicito: periapical do dente 37

Justificativa: para verificar finalização de tratamento endodôntico

Esse exame não é feito pela Clínica Odontológica Boss pois não tem o equipamento necessário.


Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO/DF 1598
Brasília; 28/10/2025

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11	4-Data de Autenticação 10/04/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14573981	7-Data Validade da Senha 10/03/10
---------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

2531359
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10020202512228680000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003489542954
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

2531359
INTERCÂMBIO

13-Nome LIDIANE ALVES CAMELO DE BARROS		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano LIDIANE ALVES CAMELO DE BARROS
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 CRO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 126191815116800002781	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 CRO S

025 -
Faturar Empresa

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	01810004211	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	04,11	25			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 114,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

2531359
INTERCÂMBIO

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

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: LIDIANE ALVES CAMILO

Solicitação de exame

Solicito periapical do dente 17

Justificativa: para verificar possível tratamento endodôntico

Solicito tomografia do dente 26 com técnica de Clarck

Justificativa: para verificar finalização de tratamento endodôntico

Esse exame não é feito pela Clínica Odontológica Boss pois não tem o equipamento necessário.


Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO/DF 15987

Marcelo Mendonça

CRO/DF 1598

Brasília; 30/10/2025