

Atendimento: **400492**

Data: **02/10/2025**

Paciente: **DANIEL BEZERRA FARIAS**

Nascimento: **13/09/2006 - 19 anos**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**



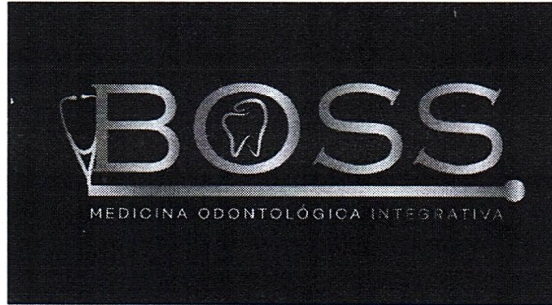
Ampliação sugestiva de 25%

o: Não dobre ou amasse este exame.

leixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

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

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: DANIEL BEZERRA FARIAS

Solicitação de exame

Solicito periapical do dente 27

Justificativa: para verificar finalização de tratamento endodôntico

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Marcelo Mendonça

Brasília; 25/09/2025

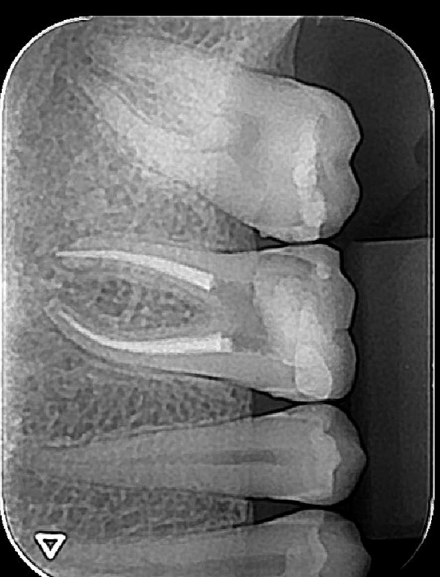
Atendimento: **400661**

Data: **04/10/2025**

Paciente: **BARBARA VIEIRA MARQUES**

Nascimento: **20/08/1998 - 27 anos e 1 mês**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**



o: Não dobre ou amasse este exame.

leixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

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

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: Bárbara Vieira Marques

Solicitação de exame

Solicito periapical

Justificativa: radiografia final dente 46 realizado tratamento endodôntico

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

Marcelo Mendonça

Dr. Marcelo Mendonça
CRO-DF 15987

Brasília; 04/10/2025

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

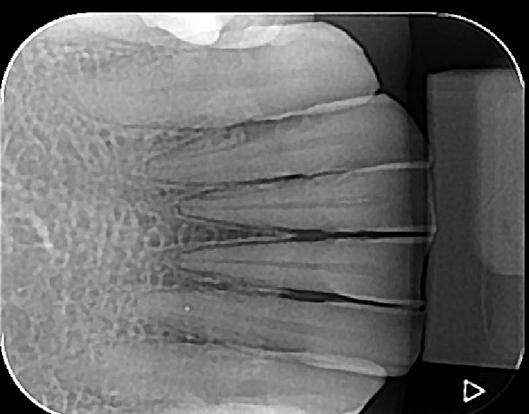
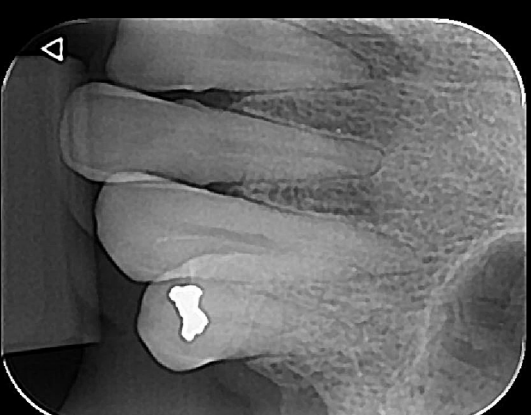
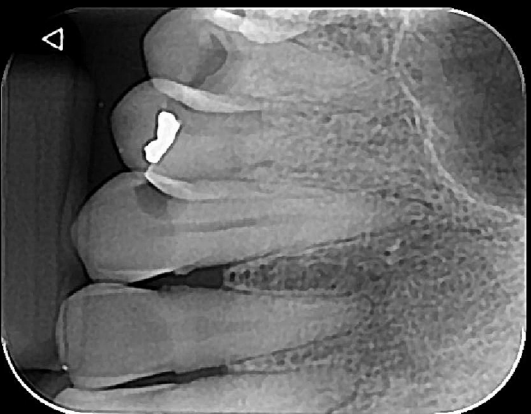
Atendimento: **401826**

Data: **16/10/2025**

Paciente: **FELIPE GUANABARA DE ANDRADE**

Nascimento: **22/08/1983 - 42 anos e 1 mês**

Indicação: **Dr Ronan Rabelo T. da Câmara**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

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

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



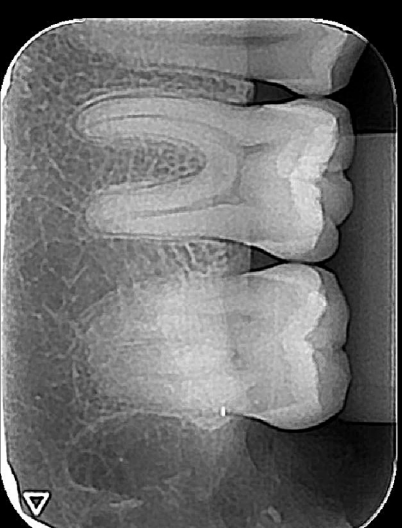
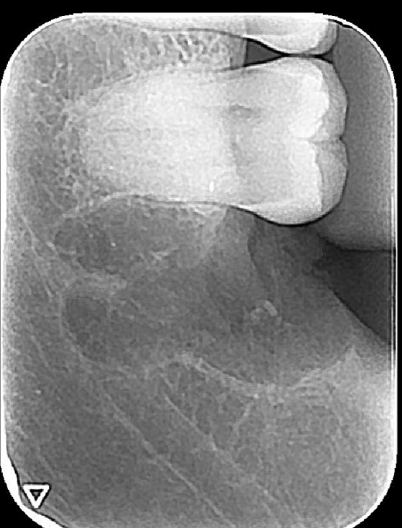
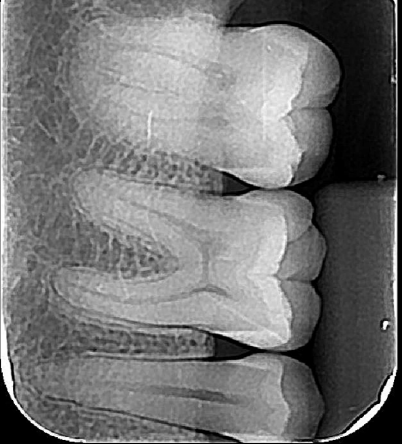
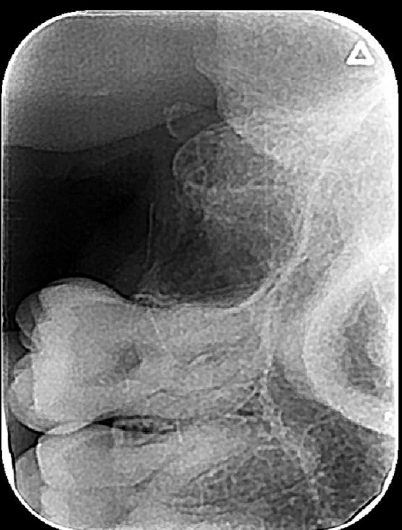
Atendimento: **401836**

Data: **17/10/2025**

Paciente: **ADRIELLE DA COSTA GOMES**

Nascimento: **18/02/1995 - 30 anos e 7 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.



haticyo
17/10
Dentall
gmi

Solicitação de Radiografia

Paciente: *Adrielle da Costa Gomes*

Solicito radiografia periapical da região dos dentes 18 e 28, 38 e 48 para avaliação pós operatória.

Brasilia, 15 de outubro de 2025

Dr. Marcelo Martins Scheller
Periapical e Implantodontia
CRP 02096

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

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE Coraci Maria Barbosa Paz

Solicitação de exame

Solicito panorâmica

Justificativa: para avaliar possíveis exodontias

Solicito bite wing de molares esquerdo e direito

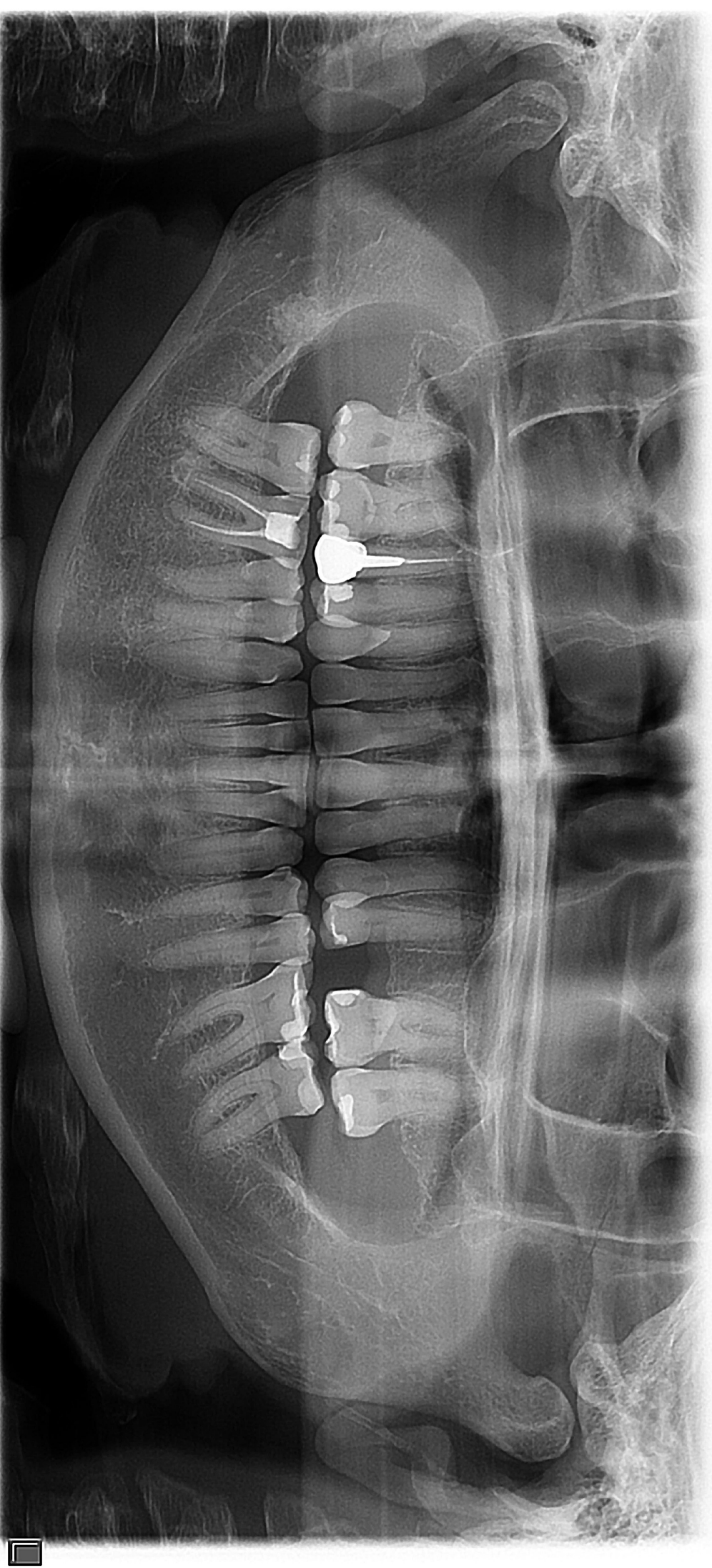
Justificativa: para avaliar cáries interproximais

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

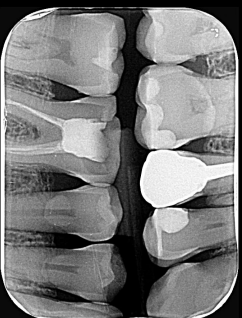
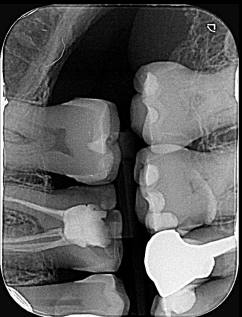

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Marcelo Mendonça
CRO/DF 15987
Brasília; 08/10/2025

Paciente: **CORACI MARIA BARBOSA PAZ**
Nascimento: **01/03/1973 - 52 anos e 7 meses**
Indicação: **Dr. Marcelo Mendonça**



CRANEX





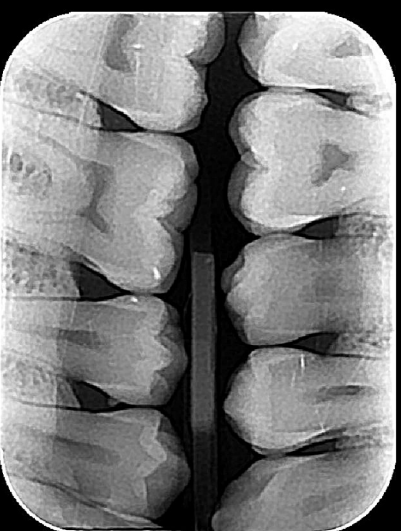
Atendimento: **402254**

Data: **22/10/2025**

Paciente: **CLEYTON CESAR DE MACEDO MENEZES**

Nascimento: **27/02/1991 - 34 anos e 7 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.



*Camilla
22/10
dental
uni*

Solicitação de Radiografia

Paciente: *Cleyton César Macedo Menezes*

Solicito radiografia periapical total para avaliação periodontal e endodôntica.

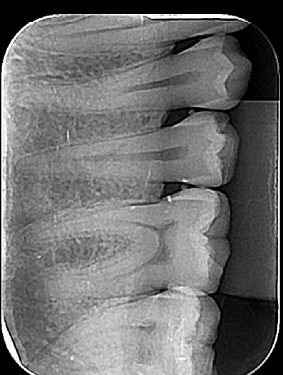
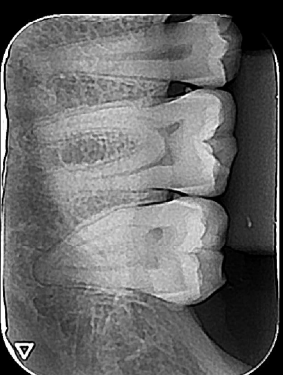
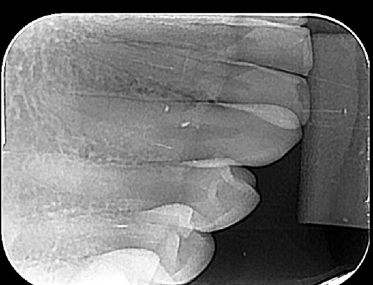
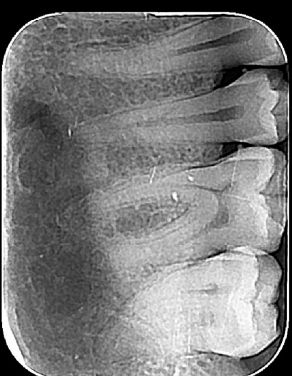
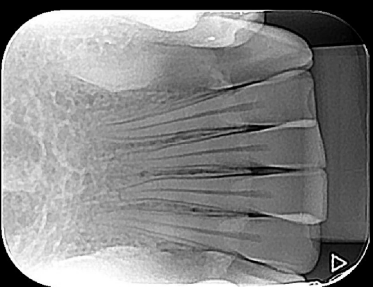
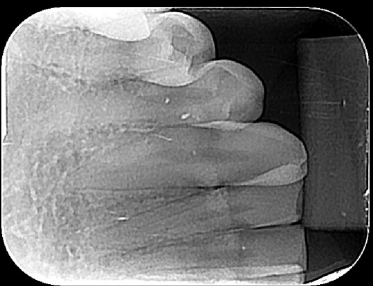
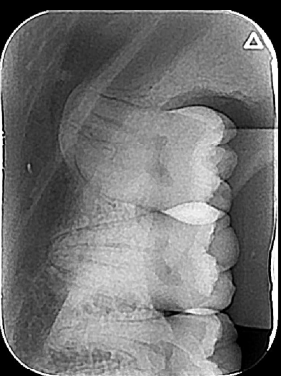
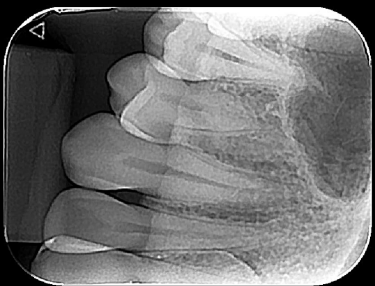
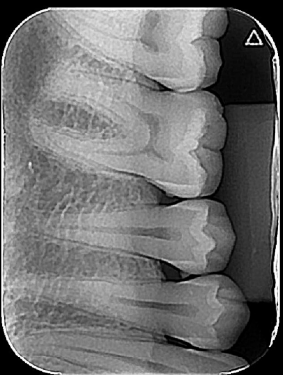
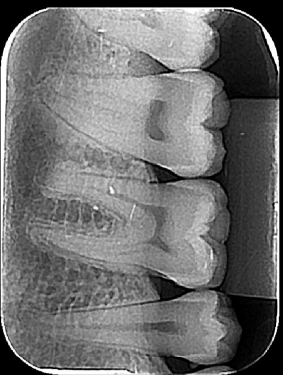
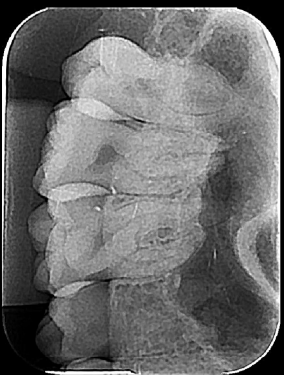
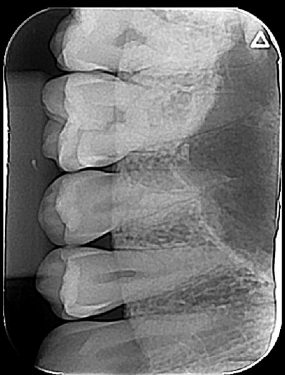
Interproximais de molares e pré-molares direito e esquerdo para avaliação de lesões cariosas interproximais.

Brasília, 15 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

Paciente: **CLEYTON CESAR DE MACEDO MENEZES**
Nascimento: **27/02/1991 - 34 anos e 7 meses**
Indicação: **Dr Marcus M. Scherrer**





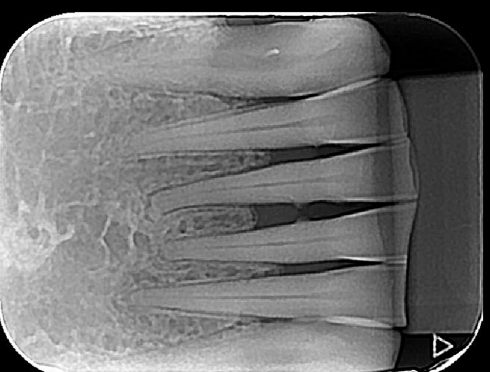
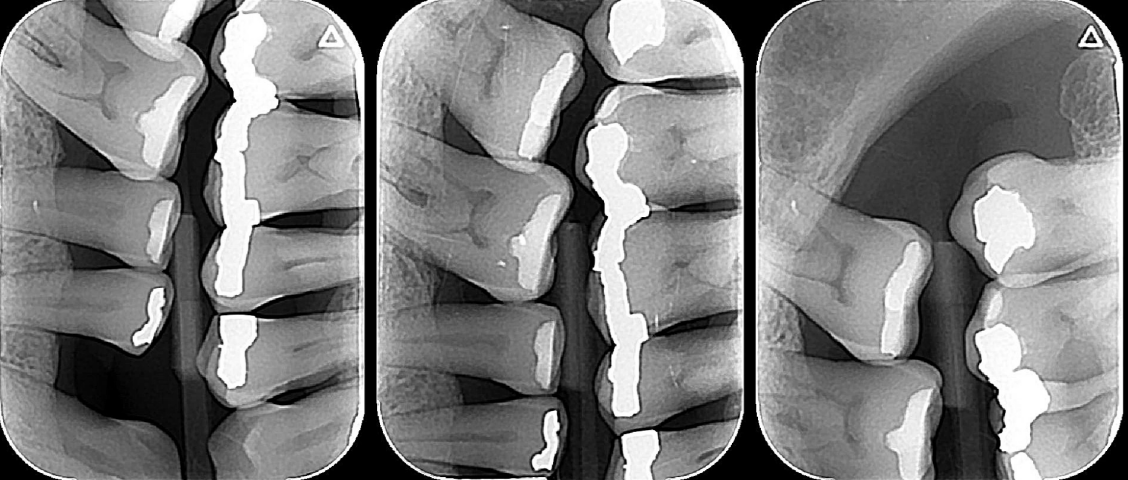
Atendimento: **402272**

Data: **22/10/2025**

Paciente: **AMAURI DE AZEVEDO NERI**

Nascimento: **17/10/1964 - 61 anos**

Indicação: **Dr Ronan Rabelo T. da Câmara**



Atenção: Não dobre ou amasse este exame.

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

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

Day
22/10
Dentelini

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

PACIENTE: AMAURI DE AZEVEDO NERI

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

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

- () 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.

21/10/2025


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

Ronan Rabelo CRO-DF 9002

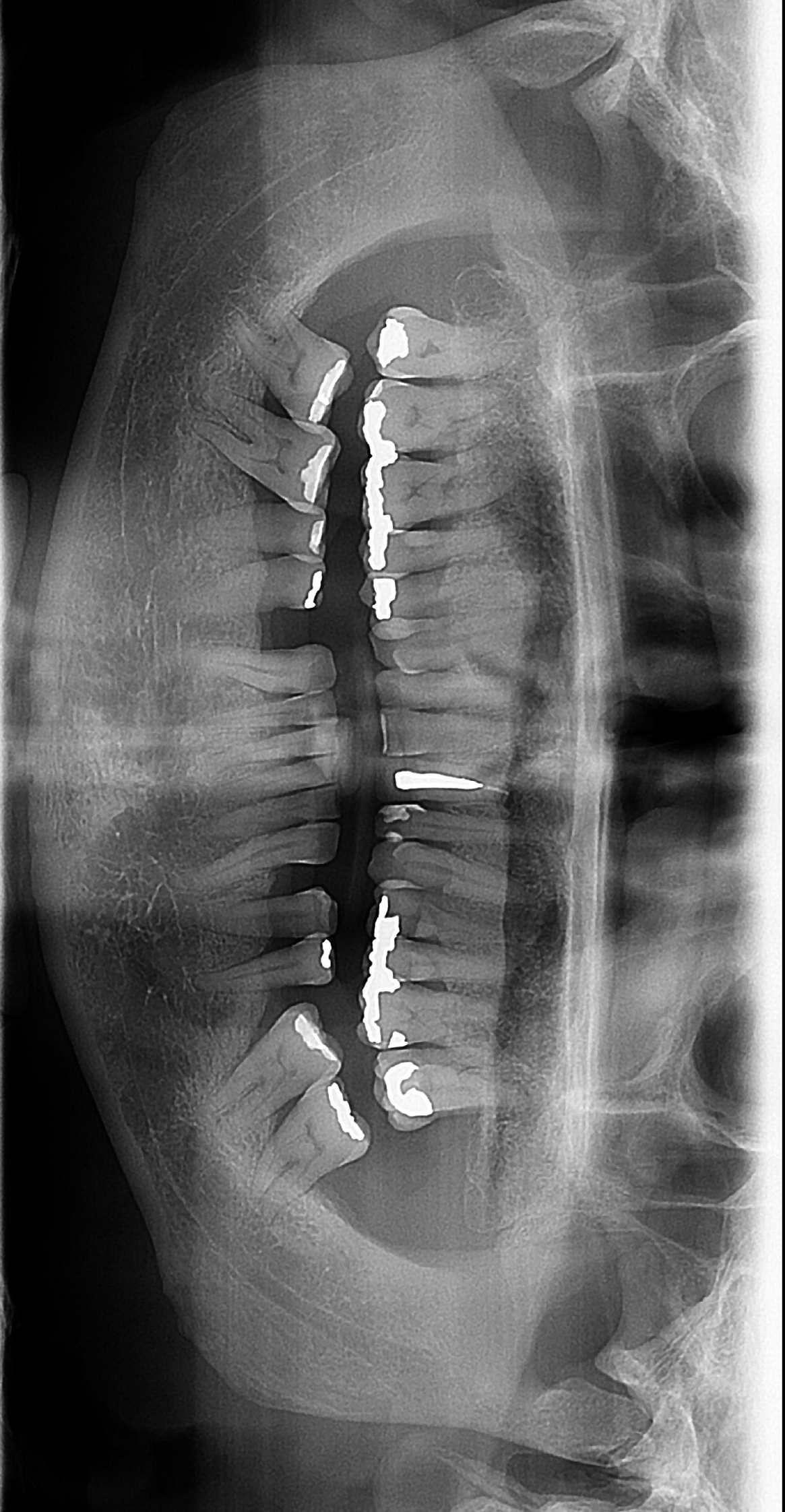
Atendimento: 402272

Data: 22/10/2025

Paciente: AMAURI DE AZEVEDO NERI

Nascimento: 17/10/1964 - 61 anos

Indicação: Dr Roman Rabelo T. da Câmara



3) Não dobre ou amasse este exame.

4) Mantenha o filme exposto a luz solar e no interior de veículos.

5) Não proteja o filme pelo envelope em local seco e fresco.

Atendimento: **403069**

Data: **30/10/2025**

Paciente: **BARBARA VIEIRA MARQUES**

Nascimento: **20/08/1998 - 27 anos e 2 meses**

Indicação: **Dr Marcelo Mendonça**



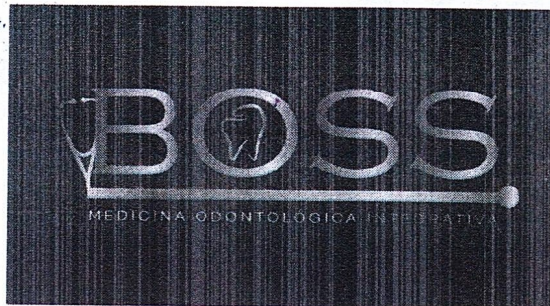
Ampliação sugestiva de 25%

o: Não dobre ou amasse este exame.

leixe exposto a luz solar e no interior de veículos.

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

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: Barbara Vieira Marques

Solicitação de exame

Solicito periapicaldo dente 36

Justificativa: para verificar possivel tratamento endodontico

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

Marcelo Mendonça

CRO/DF 1598

Brasília; 21/10/2025

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2513916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
400414

3-Dia de Emissão do Guia
12/11/10/12/15

4-Dia de Autorização
12/11/10/12/15

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
14515982

8-Número da Carteira
010120121512354380000101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
12/11/12/15

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
702409534084421

13-Nome
BARBARA VIEIRA MARQUES

20/08/1998

14-Teléfono
() -

15-Nome do titular do plano
BARBARA VIEIRA MARQUES

16-Contratado Responsável pelo Tratamento
17-Nome do Profissional Solicitante
RADIODIAGNOSTICO

18-Número no CRO
1968

19-UF
DF

20-Código CBO S
09

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
121691851161800021718

22-Nome do Contratado Executante
RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA

23-Número no CRO
1968

24-UF
DF

25-Código CNES
6437141

26-Código CBO S
1968

26-Nome do Profissional Executante
ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

27-Número no CRO
1968

28-UF
DF

29-Código CBO S
1968

30-Tabela
31-Código do Procedimento
1-001810004211 RX PERIAPICAL

32-Descrição
RMIE

33-Dente/Régio
1

34-Face
1

35-Cid
14100

36-Quantidade US
1

37-Valor
14,00

38-Franchise/Co-participação R\$
39-Aut
40-Dia de Realização
30/10/2025

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Barbara Vieira Marques

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	001810004211	RX PERIAPICAL	1	1	14100	1	14,00			30/10/2025		Barbara Vieira Marques
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento
30/11/10/25

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Pagamento
1-1 Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
14,00

47-Valor Total R\$
14,00

48-Total Franchise / Co-participação R\$
0,00

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

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
30/11/10/25

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
30/11/10/25

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/11/10/25

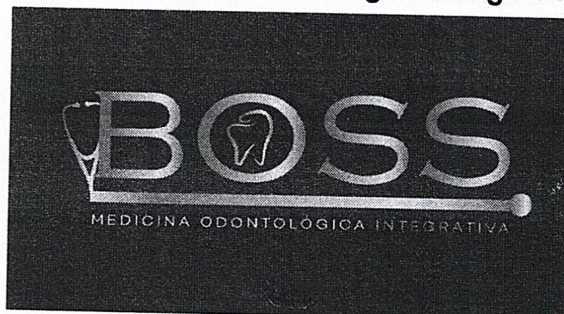
53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/11/10/25

54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/11/10/25

55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/11/10/25

56-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/11/10/25

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: Barbara Vieira Marques

Solicitação de exame

Solicito periapicaldo dente 36

Justificativa: para verificar possivel tratamento endodontico

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

Marcelo Mendonça

CRO/DF 1598

Brasília; 21/10/2025

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

100

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

PACIENTE: AMAURI DE AZEVEDO NERI

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

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

- () 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.

21/10/2025

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

Ronan Rabelo CRO-DF 9002

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/06/10 4-Dia de Autorização 12/10/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14498360 7-Dia Validade da Sentença 11/05/11 8-Número da Carteira Nacional de Saúde 2506037 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 100210251124244410000011011 9-Pelo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/05/11 12-Número da Carteira Nacional de Saúde 2506037

13-Nome CLEYTON CESAR DE MACEDO MENEZES 14-Telefone (11) 27021991 15-Nome do titular do plano CLEYTON CESAR DE MACEDO MENEZES

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO 18-Número no CRO 1968 19-UF DF 20-Código CRO S 09 21-Código na Operadora / CUP / CPF 12169181511680002718 RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA 22-Nome do Contratado Executante 1968 23-Número no CRO 1968 24-UF DF 25-Código CNEB 6437141 26-Código CRO S 1968 27-Número no CRO 1968 28-UF DF 29-Código CRO S 1968

28-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO 29-Código CRO S 1968 30-Tabela 31-Código de Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Rugão 34-Fraco 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Dia de Realização 41-Motivo da Obra 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugão	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Obra	42-Assinatura
1-010	81100294	LEVANTAMENTO	1	1	1	2,22	10,10	0,10	1	22/10/25		
2-100	81100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
3-100	81100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
4-100	81100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
5-100	81100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
6-1			1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
7-1			1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
8-1			1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
9-1			1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
10-1			1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
11-1			1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
12-1			1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
13-1			1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
14-1			1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		
15-1			1	1	1	14,10	10,10	0,10	1	22/10/25		

43-Dia Previsto Término do Tratamento 12/10/10 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 278,00 47-Valor Total R\$ 10,10 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 a autorização a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/10 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 53-Dia, local e Carimbo da Empresa



Solicitação de Radiografia

Paciente: *Cleyton César Macedo Menezes*

Solicito radiografia periapical total para avaliação periodontal e endodôntica.

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

Brasília, 15 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

2ºº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 01/25	4-Data de Autorização 10/09/11 01/25	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14467203	7-Data Validade da Sentença 10/17/11 12/12/15
--------------------------	---	---	--------------------------	--	--

2496157
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0101202511118592100608181031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FARMACIA E DROGARIA NISSEI SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional do Seguro BRUNO HENRIQUE BARBOSA PAZ
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome CORACI MARIA BARBOSA PAZ	14-Teléfono 01/03/1973	15-Data Validade da Carteira 11/11/11	16-Abandono a RN RADIOLOGICO	17-Data Validade da Carteira 11/11/11
18-Data de Contato Responsável pelo Tratamento N	19-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO	20-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 126918151168010102718	22-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO
23-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO	24-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO	25-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO	26-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO	27-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO
28-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO	29-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO	30-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO	31-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO	32-Data de Contato Responsável pelo Tratamento RADIOLOGICO

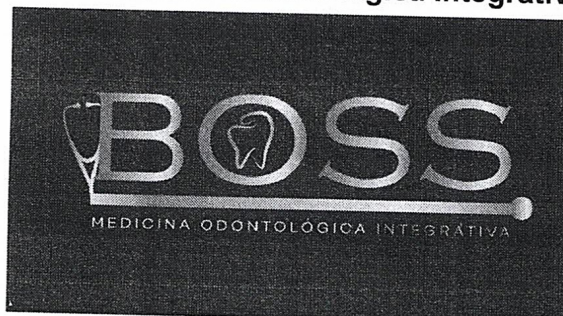
30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-1010	811004051	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	7,810,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
2-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
3-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
4-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
5-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
6-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
7-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
8-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
9-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
10-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
11-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
12-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
13-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
14-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
15-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25
16-1010	811004051	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,10,10	0,10	0,10	1	10/25	10/25	10/25

43-Data de Pagamento do Tratamento 10/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Data de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Valor da Quantidade US 1120,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
--	--	---	--------------------------------------	-----------------------------	--

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-Observações null	50-Data, local e Assinatura do Cliente/Donatário Solicitante 10/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cliente/Donatário Solicitante 10/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/11
------------------------	--	--	---	--

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE Coraci Maria Barbosa Paz

Solicitação de exame

Solicito panorâmica

Justificativa: para avaliar possíveis exodontias

Solicito bite wing de molares esquerdo e direito

Justificativa: para avaliar cáries interproximais

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 15987

Brasília; 08/10/2025

2-N-

1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.

2. Once the problem is identified, the next step is to define the objectives and goals of the project. This helps to clarify what needs to be achieved and provides a clear direction for the work.

3. The third step is to develop a plan or strategy to address the problem. This involves breaking down the problem into smaller, manageable tasks and determining the resources needed to complete them.

4. The fourth step is to implement the plan. This involves putting the strategy into action and monitoring progress to ensure that the objectives are being met.

5. The final step is to evaluate the results of the project. This involves assessing the effectiveness of the plan and identifying any areas for improvement or further action.

2506097
INTERCÂMBIO



Solicitação de Radiografia

Paciente: *Adrielle da Costa Gomes*

Solicito radiografia periapical da região dos dentes 18 e 28, 38 e 48 para avaliação pós operatória.

Brasília, 15 de outubro de 2025

Dr. Márcio Martins Scherer
Pneumologia e Imunologia
CRM 100.123

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

2-N^o

2506453
INTERCÂMBIO

side

41- Motivo da Glosa 42-Assi

10	25	2
0	5	0

10	25	40
----	----	----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

48-Total Franquia / Co-participação R\$

ente e arcar com os custos pr
que assina esse documento.

WU

1000

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

PACIENTE: FELIPE GUANABARA DE ANDRADE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

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

- () RADIOGRAFIA PERIAPICAL DO DENTE: (avaliar restaurações, cáries e estrutura dental) R\$25.00
- () 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
- () RADIOGRAFIAS INTERPROXIMAIS DE (avaliar restaurações, cáries e adaptação marginal)
 - () MOLARES DIR/ESQ R\$50.00
 - () 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

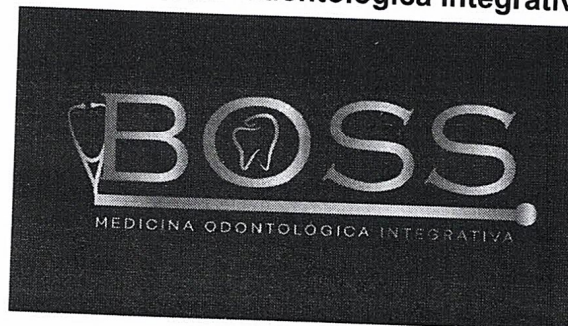
Em caso de não cobertura em algum dos exames solicitados, favor realizar os que forem autorizados e encaminhar os arquivos digitais para o e-mail da clínica.

16/10/2025


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

Ronan Rabelo CRO-DF 9002

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: Bárbara Vieira Marques

Solicitação de exame

Solicito periapical

Justificativa: radiografia final dente 46 realizado tratamento endodôntico

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

Marcelo Mendonça
Dr. Marcelo Mendonça
CRO/DF 15987
Brasília; 04/10/2025

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

22



1-Registro ANS 4066414		3-Dia de Emissão da Guia [2][5]/[09]/[2015]		4-Dia de Autorização [12][5]/[09]/[2015]		5-Senha AUTORIZADO		6-Numero da Guia Principal 14417719		7-Dia Validado da Senha [12][4]/[11]/[2015]	
8-Numero da Carteira [0][0][2][0][2][5][5][6][5][7][4][7][0][0][0][0][1][0][3][1]		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dia Validado da Carteira []/[]/[]/[]/[]/[]		12-Numero do Cartão Nacional de Seguro 708005368576226		13-Data de Validade da Guia [12][4]/[11]/[2015]	
13-Nome DANIEL BEZERRA FARIAS											
14-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 13/09/2006											
15-Nome do titular do plano THOMAZ FARIAS NASCIMENTO FILHO											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante RADIO-DIAGNOSTICO											
18-Numero no CRO 1968											
19-UF DF											
20-Código CBO S 09											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [2][6][9][8][5][1][6][8][0][0][0][2][7][8]											
22-Nome do Contratado Exclusivamente RADIO - RADIO-DIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA											
23-Numero no CRO 1968											
24-UF DF											
25-Código CNES 6437141											
26-Nome do Profissional Exocliente ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO											
27-Numero no CRO 1968											
28-UF DF											
29-Código CBO S											
30-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	14,00	0,00			5102	10/25		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Fracionamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

19-Orientação

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

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dado, local e Assinatura do Bancário / Responsável

53-Dado, local e Carimbo da Empresa

BOSS Medicina Odontológica Integrativa



SDN, 4032, Shopping Conjunto Nacional

PACIENTE: DANIEL BEZERRA FARIAS

Solicitação de exame

Solicito periapical do dente 27

Justificativa: para verificar finalização de tratamento endodôntico

Dr. Marcelo Mendonça
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 15987

Marcelo Mendonça

Brasília; 25/09/2025