

Camila Neiva
ODONTOLOGIA
CRO 20004

Carlos Eduardo Ribeiro Ferreira

Solicito Panorâmica em Topo.

Com Finalidade : Extração

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

(71) 99123-4803

@camilaneivaa

✉ dracamilaneiva@hotmail.com



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



1090837
INTERCÂMBIO

1-Registro: KMS 405414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/22	4-Data de Autorização 05/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10217111	7-Data Validade da Senha 03/11/22
8-Nome do Beneficiário CIDE LUIS FERNANDES DOS SANTOS					
9-Número do Cartão 00202550403700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Data 19/02/1981		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CIDE LUIS FERNANDES DOS SANTOS		
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número na CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09
21-Código de Operadora / ONP / CDP 26402304000179		22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL	23-Número na CRO 10506	24-UF BA	25-Código CNES 9417281
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número na CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (i) 81000405 (j) 81000340

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 Guise	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			05/08/22		
2	0081000340	RX DA ATM			1	193,00	0,00			05/08/22		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Devidamente Tratado	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 271,00	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(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-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 05/08/22	50-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 05/08/22	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/22	52-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



RECEITUÁRIO

Pac: Lide J. Fernandes da Silva

Síntese:

Prodiagnóstico de Kth boca aberta
e boca fechada.

Salvador,
05/08/2022

Dr. Victor Vasques
Cirurgião - Dentista
CROBA - 19432

[Assinatura]

Praça do Campo da Pólvora 05, Ed. Flávia salas 201/202, Nazaré, SSA-BA

Fone: 3322-6239, 98614-1160 whatsapp, Instagram @jonaodontologia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1119484
INTERCÂMBIO

2-AP

1-Registro ANS 426414	3-Data de Emissão da Guia 25/08/2022	4-Data de Autorização 25/08/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10296364	7-Data Validade da Senha 23/11/2022
8-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL BISPO DA LUZ FILHO			14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano DANIEL BISPO DA LUZ FILHO	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179			18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09
22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DIGITAL			23-Número no CRO 10506	24-UF BA	25-Código CHES 9417281
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES			27-Número no CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Face	35-Qts	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clínica	Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	1,400	0,00			25/08/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 25/08/22	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1,400	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/08/22	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/22	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	-------------------------------------



CLÍNICA SAÚDE DA BOCA
CLÍNICA - CIRURGIA - PRÓTESE
Dra Márcia Leal do Nascimento

Caro Coluço.

*Soluto Rx Periapical de nel
47 para o Sr. Daniel Bispo
de 2my filhno sem laudo.*

2

*Márcia Leal do Nascimento
Cirurgiã - Dentista
CRO-3785 Ba*

[Handwritten signature]

CIRURGIÃ DENTISTA

SALVADOR-BA

25 DE *set* DE 2022

Avenida Sete de Setembro, Edf: Fundação

Politécnica sala 111 bloco B. Tel: (71)3329-3181/3329-2089



1076238
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/07/2012	4-Data de Autorização 26/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10174011	7-Data Validade da Senha 24/10/2012
8-Nome do Contratado 00202549022500000102					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /					
13-Nome DANILO DE JESUS PINHEIRO JUNIOR			14-Telefone () - -		
15-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 09/11/2014			16-Nome do titular do plano JAQUELINE PEREIRA OLIVEIRA		
19-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 10506	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179		22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL		23-Número no CRO 10506	
24-UP BA		25-Código CBO S 09		26-Código CBO S 9417281	
27-UP BA		28-Código CBO S		29-Código CBO S	
25-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES					

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

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 26/07/2012	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 26/07/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/07/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



ORALCLEAN
CLINICA ODONTOLÓGICA

Sr(a).

*P/ Davi Lo de Jesus Pinheiro
Junior*

Solicito:

Radiografia panorâmica para avaliação de dentição
mista e possíveis diagnóstico de cáries.

Salvador, 09/07/2022

Dra Virma Menezes
Cirurgia Dentista
CROBA 16700

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

ITAIGARA

Av. ACM, nº 454, Edif. Office Center, sala 404.

TEL: (71) 3353-1495

SÃO MARCOS

Av. São Rafael, Edif. Evolution Business, nº 1405, sala 101.

TEL: (71) 3399-0116

E-MAIL: clinicaoralclean@hotmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4P



1096764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2012	4-Data de Autorização 10/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10233567	7-Data Validade da Senha 08/11/2012
8-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
9-Aluno da Carteira 00202550325800000101			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DENILZA CARDEAL DE ANDRADE	
12-Nome DENILZA CARDEAL DE ANDRADE			16-Atendimento a RN N		
17-Nome do Profissional Solicitante			18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179			22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL	23-Número no CRO 10506	24-UF BA
25-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES			26-Número no CRO 10506	27-UF BA	28-Código CBO S
29-Código CMES 9417281			30-Código CBO S		

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	10/08/2012		Paula Silva Moraes
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista de Término do Tratamento 10/08/2012	44-Tipo de Atendimento Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

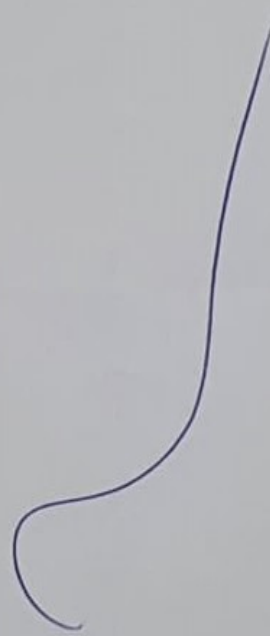
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 10/08/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2012	52-Data, local e Assinatura do Responsável 10/08/2012	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
---	---	--	---



Para: Denilza Sardesal de Andrade
Solicito radiografia periapical
da unidade 26.



08/08/22

Dr^a. Jeniffer Santana
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA 22849

(71) 9 8293-6961

@lotussdentalclinic

lotussdentalclinic@hotmail.com

R. das Almas, N° 16, Andar 1
Bairro dos Quarenta e Seis
Camaçari - BA, 42809-106



1071115
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/2012	4-Data de Autorização 21/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10159072	7-Data Validade da Senha 19/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202546036200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EDNALDO JOSE GONZAGA DE SA	14-Telefone 29/01/1954	15-Nome do Titular do plano DEBORA SANTOS DE SA
---------------------------------------	---------------------------	--

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179	22-Nome do Contratado Estabelecimento RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL	23-Número no CRO 10506	24-UF BA	25-Código CNES 9417281	Enviar - RX (1) 81000405
---	--	---------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES	27-Número no CRO 10506	28-UF BA	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 Oclusa	42-Aut
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			21/07/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos do tratamento. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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, o valor do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	54-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------

HARMONIZE

Odontologia, Estética



Solicito pl o parente *Edvaldo José Souza**

de Sr :

Rx parentesco .



Salvador, 21/07/22

Dra. Mariana de O. Motta
Cirurgiã dentista
CRO-BA- 6490

Rua Frederica Simões, 85 Edif. Simansen, sala 1208

Caminha das árvores, Salvador-Ba (71)993792605



1-Registro: KAD 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/22	4-Data de Autorização 04/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10209729	7-Data Validade da Senha 02/11/22
8-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa KATIA SEIXAS DE ANDRADE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
9-Número da Carteira 00202548750500000102			13-Nome ADILSON ALMEIDA DA SILVA		
14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano KATIA SEIXAS DE ANDRADE		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179			22-Nome da Contratada Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL		
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES			27-Número no CRO 10506		
28-UF BA			29-Código CBO S 09		
30-UF BA			31-Código CHES 9417281		
32-UF BA			33-Código CBO S		

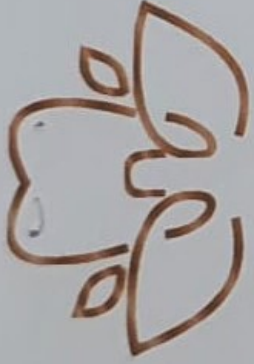
025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

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

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 04/08/22	51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Beneficiário / Responsável 04/08/22	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	-------------------------------------



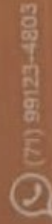
Camila Neiva
ODONTOLOGIA
CRO 20004

Adilson Almeida da Silva

Solicito Panorâmica em topo.

Finalidade Reabilitação Oral.

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



(71) 99123-4803



@camilaneiva



dracamilaneiva@hotmail.com



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

Centro de Odontologia Estética

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

PACIENTE ADRIANO MACEDO VITÓRIA
GENICATO

RADIOGRÁFIAS PERIAPICAIS DE TODAS AS
UNIDADES PARA AVALIAÇÃO E CONTROLE PERIODONTAL,
AVALIAÇÃO DE BOLSAS E DIAGNÓSTICO DE CÁRIES
SECUNDÁRIAS.

90 K001

SALVADOR, 04/08/22

Dra. Nara Pace
Implantodontia e Prótese
CROBA 9010

JP.



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

15 anos construindo sorrisos

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-4*



1088569
INTERCÂMBIO

1-Registro ANO 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/22	4-Data de Autorização 04/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10210701	7-Data Validade da Senha 02/11/22
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 0020254884610000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADRIANO MACHADO VITORIA		14-Telefone 16/01/1979	15-Nome do titular do plano ADRIANO MACHADO VITORIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento e Rn N	17-Nome do Profissional Substituto	18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO B 09	025 - Faturar Empresa
21-Código no Operador / CNPJ / CPF 26402304000179		22-Nome do Contratado Encarregado RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DIGITAL	23-Número no CRO 10506	24-UF BA	25-Código CNES 9417281
26-Nome do Profissional Encarregado PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO B	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			08/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Tipo de Tratamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 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-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/22	51-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/22	52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/22	53-Dados locais e Carimbo da Empresa
---	---	---	--------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1108457
INTERCÂMBIO

1-Registro ANO 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/22	4-Data de Autorização 19/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10266747	7-Data Validade da Senha 17/11/22
8-Nome do Beneficiário 00202549039900000103					
9-Nome do Cartão ANA CRISTINA SILVA CARDOSO		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade do Cartão / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Telefone 27/08/1973		15-Nome do titular do plano JANDIRA FERREIRA DOS SANTOS CONCEICAO			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179		22-Nome da Contratada Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL		23-Número no CRO 10506	24-UF BA
25-Nome do Profissional Exatante PAULA SILVA MORAES		26-Número no CRO 10506		27-UF BA	28-Código CBO S
29-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

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

43-Data de Emissão do Tratamento 19/08/22	44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Seguramento 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(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 19/08/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 19/08/22	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
---	--	---	---



CLÍNICA SAÚDE DA BOCA
CLÍNICA – CIRURGIA – PRÓTESE
Dra Márcia Leal do Nascimento

*Solista Rx Panorâmico em topo
Com laudo para a Sra Amelinda
Silve Lencastre.*

Márcia Leal do Nascimento
Cirurgia – Odontologia
CRO-378784

Márcia Leal do Nascimento

CIRURGIÁ DENTISTA
SALVADOR-BA

17 DE 2022 DE 2022

Avenida Sete de Setembro, Edif: Fundação

Politécnica sala 111 bloco B. Tel: (71)3329-3181/3329-2089



SOLICITAÇÃO

A/C:

Antonio Luciano de Moura Santos

Solicito radiografia panorâmica em topo para diagnóstico.

Salvador, 11/08/22

Luiz Ramos
Endodontista
CRO-BA: 13.673

[www.gruppoorale](http://www.gruppoorale.com.br)

+71/4141.7271

☒ [contato@gruppoorale](mailto:contato@gruppoorale.com.br)



1120227
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/22	4-Data de Autorização 26/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10298762	7-Data Validade da Senha 24/11/22
8-Nome do Beneficiário ANTONIO LUCIANO DE MOURA SANTOS		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JOILSON SANTOS DA PAIXAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Data de Nascimento 21/02/1971		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOILSON SANTOS DA PAIXAO		
16-Atendimento a BN N	17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número na CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09
21-Código de Operadora / CNPJ / CEP 26402304000179		22-Nome do Contratado Excludente RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL		23-Número na CRO 10506	24-UF BA
25-Nome do Profissional Excludente PAULA SILVA MORAES		26-Número na CRO 10506		27-UF BA	28-Código CBO S
29-Código CNES 9417281					

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

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

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7,8,00	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 (CPF: 000.000.000-00)	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	-------------------------------------



TRÊS ODONTOLÓGIA ESPECIALIZADA

Solicito para: Carine O. Santos Silva

RX panorâmico em topo.

Ssa, 26/08/22

Cirurgião Dentista

Av. Antônio Carlos Magalhães, 2487
Ed. Fernandez Plaza, s/l 1303 CEP: 40280-00

☎ (71) 99158-7810

☎ (71) 3372-2579

📍 três odontologia especializada

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

31,20

3-AN



1091588
INTERCÂMBIO

1-Registro KNS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/22	4-Data de Autorização 06/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10219235	7-Data Validade da Senha 04/11/22
8-Plano de Beneficiário 00202549918500000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Nome CARINE OLIVEIRA SANTOS SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CARINE OLIVEIRA SANTOS SILVA	
13-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 21/02/1991		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante	
18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179		22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL		23-Número no CRO 10506	
24-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506		28-UF BA	
29-Código CBO S 09		30-Código CBO S 09		31-Código CNES 9417281	
32-Código CNES 9417281		33-Código CBO S 09		34-Código CBO S 09	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			06/08/22		Carine
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/08/22	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

53-Data, local e Carenço da Empresa

Pac.: Caroline Araújo F. dos Santos

Solicitado:

- Telerradiografia de perfil com análise de Ricketts;
- Panorâmica em topo;
- Fotos extra-buciais: frente, sorrindo, perfil direito e perfil esquerdo;
- Fotos intra-buciais: frente, perfil direito, perfil esquerdo, arco superior e arco inferior.

Salvador, 28/07/2022

Dra. Andréia Matos
Dra. ~~Andréia~~ Matos
Cirurgiã Dentista



1092758
INTERCÂMBIO

1-Registro ANP 405414	3-Data de Emissão da Guia 08/08/22	4-Data de Autorização 08/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10222260	7-Data Validade da Senha 06/11/22
8-Nome do Beneficiário 00202543618100000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Data Validade da Carteira		14-Número do Cartão Nacional de Saúde	
15-Nome CARLIANE ARAUJO FERREIRA DOS SANTOS		16-Data 14/05/1991		17-Telefone () -	
18-Nome do titular do plano CARLIANE ARAUJO FERREIRA DOS SANTOS					
19-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 10506	
20-UF BA		21-Código CRO S 09		22-UF BA	
23-Código CRO S 09		24-UF BA		25-Código CNES 9417281	
26-UF BA		27-Número no CRO 10506		28-UF BA	
29-Código CRO S		30-UF BA		31-Código CRO S	
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179					
22-Nome do Contratado Exatante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL					
23-Nome do Profissional Exatante PAULA SILVA MORAES					
24-UF BA					
25-Código CRO S					
26-UF BA					
27-Código CRO S					
28-UF BA					
29-Código CRO S					
30-UF BA					
31-Código CRO S					
32-UF BA					
33-Código CRO S					
34-UF BA					
35-Código CRO S					
36-UF BA					
37-Código CRO S					
38-UF BA					
39-Código CRO S					
40-UF BA					
41-Código CRO S					
42-UF BA					
43-Código CRO S					
44-UF BA					
45-Código CRO S					
46-UF BA					
47-Código CRO S					
48-UF BA					
49-Código CRO S					
50-UF BA					
51-Código CRO S					
52-UF BA					
53-Código CRO S					
54-UF BA					
55-Código CRO S					
56-UF BA					
57-Código CRO S					
58-UF BA					
59-Código CRO S					
60-UF BA					
61-Código CRO S					
62-UF BA					
63-Código CRO S					
64-UF BA					
65-Código CRO S					
66-UF BA					
67-Código CRO S					
68-UF BA					
69-Código CRO S					
70-UF BA					
71-Código CRO S					
72-UF BA					
73-Código CRO S					
74-UF BA					
75-Código CRO S					
76-UF BA					
77-Código CRO S					
78-UF BA					
79-Código CRO S					
80-UF BA					
81-Código CRO S					
82-UF BA					
83-Código CRO S					
84-UF BA					
85-Código CRO S					
86-UF BA					
87-Código CRO S					
88-UF BA					
89-Código CRO S					
90-UF BA					
91-Código CRO S					
92-UF BA					
93-Código CRO S					
94-UF BA					
95-Código CRO S					
96-UF BA					
97-Código CRO S					
98-UF BA					
99-Código CRO S					
100-UF BA					

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

43-Atendimento a RN N	44-Data de Atendimento 08/08/22	45-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 313,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--------------------------	------------------------------------	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/08/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/08/22	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 08/08/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1107293
INTERCÂMBIO

1-Região: AMB 405414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/22	4-Data de Autorização 18/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10263258	7-Data Validade da Senha 16/11/22
8-Nome do Beneficiário CARLOS EDUARDO RIBEIRO FERREIRA					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 00202548264900000103		13-Data de Nascimento 10/02/1982		14-Telefone () / /	
15-Nome do titular do plano ANA ALICE DE ARAUJO RIBEIRO		16-Data Validade da Carteira / /			
17-Data Validade da Carteira / /					
18-Data Validade da Carteira / /					
19-Data Validade da Carteira / /					
20-Data Validade da Carteira / /					
21-Data Validade da Carteira / /					
22-Data Validade da Carteira / /					
23-Data Validade da Carteira / /					
24-Data Validade da Carteira / /					
25-Data Validade da Carteira / /					
26-Data Validade da Carteira / /					
27-Data Validade da Carteira / /					
28-Data Validade da Carteira / /					
29-Data Validade da Carteira / /					
30-Data Validade da Carteira / /					
31-Data Validade da Carteira / /					
32-Data Validade da Carteira / /					
33-Data Validade da Carteira / /					
34-Data Validade da Carteira / /					
35-Data Validade da Carteira / /					
36-Data Validade da Carteira / /					
37-Data Validade da Carteira / /					
38-Data Validade da Carteira / /					
39-Data Validade da Carteira / /					
40-Data Validade da Carteira / /					
41-Data Validade da Carteira / /					
42-Data Validade da Carteira / /					
43-Data Validade da Carteira / /					
44-Data Validade da Carteira / /					
45-Data Validade da Carteira / /					
46-Data Validade da Carteira / /					
47-Data Validade da Carteira / /					
48-Data Validade da Carteira / /					
49-Data Validade da Carteira / /					
50-Data Validade da Carteira / /					
51-Data Validade da Carteira / /					
52-Data Validade da Carteira / /					
53-Data Validade da Carteira / /					
54-Data Validade da Carteira / /					
55-Data Validade da Carteira / /					
56-Data Validade da Carteira / /					
57-Data Validade da Carteira / /					
58-Data Validade da Carteira / /					
59-Data Validade da Carteira / /					
60-Data Validade da Carteira / /					
61-Data Validade da Carteira / /					
62-Data Validade da Carteira / /					
63-Data Validade da Carteira / /					
64-Data Validade da Carteira / /					
65-Data Validade da Carteira / /					
66-Data Validade da Carteira / /					
67-Data Validade da Carteira / /					
68-Data Validade da Carteira / /					
69-Data Validade da Carteira / /					
70-Data Validade da Carteira / /					
71-Data Validade da Carteira / /					
72-Data Validade da Carteira / /					
73-Data Validade da Carteira / /					
74-Data Validade da Carteira / /					
75-Data Validade da Carteira / /					
76-Data Validade da Carteira / /					
77-Data Validade da Carteira / /					
78-Data Validade da Carteira / /					
79-Data Validade da Carteira / /					
80-Data Validade da Carteira / /					
81-Data Validade da Carteira / /					
82-Data Validade da Carteira / /					
83-Data Validade da Carteira / /					
84-Data Validade da Carteira / /					
85-Data Validade da Carteira / /					
86-Data Validade da Carteira / /					
87-Data Validade da Carteira / /					
88-Data Validade da Carteira / /					
89-Data Validade da Carteira / /					
90-Data Validade da Carteira / /					
91-Data Validade da Carteira / /					
92-Data Validade da Carteira / /					
93-Data Validade da Carteira / /					
94-Data Validade da Carteira / /					
95-Data Validade da Carteira / /					
96-Data Validade da Carteira / /					
97-Data Validade da Carteira / /					
98-Data Validade da Carteira / /					
99-Data Validade da Carteira / /					
100-Data Validade da Carteira / /					

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-Aud	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Cat. Previsto Tratamento 1805/22	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 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, 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 18/08/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/22	53-Data, local e Carimbo de Empresa / /
---	---	---	--