

1-Registro ANS 408414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/12 4-Data de Autorização 10/11/12 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14672327 7-Data Validade da Sentença 13/01/13

8-Número da Carteira 101020251191769000185011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa GENESIO A MENDES CIA LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Carteira Nacional de Saúde 700508790401859

13-Nome MARIA EDUARDA SOUZA DE OLIVEIRA 05/10/2004 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano MARIA EDUARDA SOUZA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Alteração a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO 18-Número no CRO 1968 19-UF DF 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA 23-Número no CRO 1968 24-UF DF 25-Código CNEB 6437141 26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO 27-Número no CRO 1968 28-UF DF 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										39-Aut 40-Data Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
30-Tabule	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-Data Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1		RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	4,00	0,00	0,50	1,23	20/25	em: Eduarda S.
2- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1		RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	4,00	0,00	0,50	1,23	20/25	em: Eduarda S.
3- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1		RX PERIAPICAL	RMID	1	1	4,00	0,00	0,50	1,23	20/25	em: Eduarda S.
4- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
5- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
6- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
7- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
8- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
9- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
10- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
11- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
12- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
13- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
14- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											
15- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1 1											

43-Dias Previsto Término do Tratamento 10/11/12 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 Quantitativo US 42,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que não 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 05/11/12/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/12/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/12/12 em: Eduarda S. 53-Data, local e Carimbo da Empresa

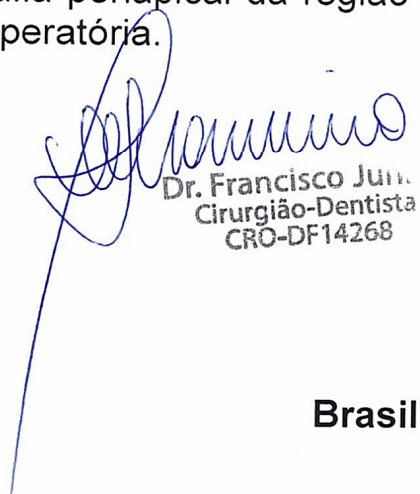
CRO-DF-1968



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

Paciente: *Maria Eduarda Souza de Oliveira*

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



Dr. Francisco Jun.
Cirurgião-Dentista
CRO-DF14268

Brasilia, 28 de novembro de 2025

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2557880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/6/11/1/25		4-Data de Autorização 2/6/11/1/25		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14656557		7-Data Validade da Senha 2/5/10/1/26	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10102025112417020010101011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome FELIPE GUANABARA DE ANDRADE				22/08/1983				14-Telefone () - - - - -			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGISTICO		22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIOLOGISTICO EM ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 1968		19-UF DF		20-Código CBO S 09	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1269815168000278		23-Número no CRO 1968		24-UF DF		25-Código CNES 6437141		26-UF DF		27-Número no CRO S	
26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Cid	
1-00181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RMD		1		14,00		0,00	
2-00181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RPD		1		14,00		0,00	
3-00181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RPE		1		14,00		0,00	
4-00181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RME		1		14,00		0,00	
5-00181000375						1		14,00		0,00	
6-00181000375						1		14,00		0,00	
7-00181000375						1		14,00		0,00	
8-00181000375						1		14,00		0,00	
9-00181000375						1		14,00		0,00	
10-00181000375						1		14,00		0,00	
11-00181000375						1		14,00		0,00	
12-00181000375						1		14,00		0,00	
13-00181000375						1		14,00		0,00	
14-00181000375						1		14,00		0,00	
15-00181000375						1		14,00		0,00	
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/25		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 156,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
49-Observação Justificativa: 81000405: AVALIAR PROPORCAO OSSEA E DENTARIA.											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/25		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/25		53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/25		54-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/25		55-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/25	

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: FELIPE GUANABARA DE ANDRADE

- () RADIOGRAFIA PERIAPICAL DO DENTE: (avaliar restaurações, cáries e estrutura dental) R\$25.00
- () RADIOGRAFIA PANORÂMICA (avaliar arcada dentária e ATM) R\$65.00
- () 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
- (X) 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.

01/12/2025


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

Ronan Rabelo CRO-DF 9002

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2562723
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 10/11/12/12/15 4-Data de Autorização 10/11/12/12/15 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14672327 7-Data Validade da Senha 13/01/01/12/16

8-Número da Carteira 1010202511191769000185011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa GENESIO A MENDES CIA LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700508790401869

13-Nome MARIA EDUARDA SOUZA DE OLIVEIRA 05/10/2004 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA EDUARDA SOUZA DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO 18-Número no CRO 1968 19-UF DF 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA 23-Número no CRO 1968 24-UF DF 25-Código CNEB 6437141 26-Código CBO S 27-Número no CRO 1968 28-UF DF 29-Valor 30-Franchise/Co-participação R\$ 31-Moio de Realização 41-Moio de Glosa 42-Assinatura

ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moio de Glosa	42-Assinatura
1-000	810004211	RX PERIAPICAL		1		14,00	0,00			05/11/21	30,25	Dr. Eduardo S.
2-000	810004211	RX PERIAPICAL		1		14,00	0,00			05/11/21	30,25	Dr. Eduardo S.
3-000	810004211	RX PERIAPICAL		1		14,00	0,00			05/11/21	30,25	Dr. Eduardo S.
4-000												
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/11/12/12/15 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 142,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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

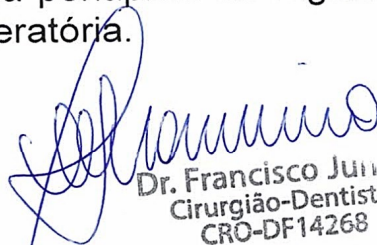
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/12/12/15 RadioLogista CRO-DF 1968 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/12/12/15 Dr. Eduardo S. 52-Data, local e Assinatura da Empresa 53-Data, local e Assinatura da Empresa



SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

Paciente: *Maria Eduarda Souza de Oliveira*

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


Dr. Francisco Junior
Cirurgião-Dentista
CRO-DF14268

Brasilia, 28 de novembro de 2025

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