

2-M



1 - Agência ANB	3 - Data de Emissão do Cgu	4 - Data de Autoliquidação	5 - Série	6 - Número da Guia Principal	7 - Data Vencimento da Guia
406414	12/6/11 11/2/10	12/7/11 11/2/10	AUTORIZADO	8094986	12/4/10 2/1/2/1

Número de Carteira		14. Empresa		1. Ordem Validação da Carteira		2. Número do Cartão Nacional do Seguro	
0	0	2	0	2	5	3	3
5	9	1	9	0	0	0	0
1	0	1	0	1	0	1	0
1	0	1	0	1	0	1	0
Nome				Data de Emissão			
OLGA MARIA CASTOR				27/10/1960			
10. Empresa				1. Ordem Validação da Carteira			
DENTAL UNI COOPERATIVA				1			
14.1. Empresa				1			
OLGA MARIA CASTOR				1			

[illegible][illegible]

40-Detla. Prevendo o formato do Faturamento	41-1 Tipo de Atendimento	42-1 Tipo de Faturamento	43- Total Calculado U\$	44- Valor Total R\$	45- Taxa Fixa para o Coparticipante R\$
☐ 1 Tratamento Operatório 2 Exame Radiológico 3 Oncológico 4 Urgência/Emergência ☐ 1 Total 2 Parcial	☐ 1 Total 2 Parcial	☐ 1 Total 2 Parcial	14,00	10,00	

Declaro, que esta no ato devidamente esclarecido sobre os propósitos, meios 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 a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a por mim assinado(s), (o)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 este documento, as verbas referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

**PADRÃO ODONTO**

Seu sorriso em primeiro lugar!!

Paciente: Olga Maria Pastor☐ Solicito RX panorâmica para avaliar posição das raízes _____☒ Solicito RX periapical do(s) elemento(s) 46, verificar se a
restauração está infiltrada.☐ Solicitação de documentação ortodôntica:

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA + COMPLEMENTO
(PERIAPICAL DE INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES)
- TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL + TRAÇADO CEFALOMÉTRICO (RICKETTS)
- 3 FOTOGRAFIAS INTRA-ORAIS (frontal sério, frontal sorrindo, perfil)
- 3 FOTOGRAFIAS EXTRA-ORAIS (em oclusão: frontal, lateral direita, lateral esquerda)
- FOTOGRAFIAS OCLUSAIS (superior e inferior)

Data: 26 / 11 / 2020

Dra. Mariana Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 50.016

Rua Maria Letícia, n 66, sobreloja – Centro - Rio das Ostras/RJ

Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804

E-mail: padraoodonto66@gmail.com