

[illegible]

77

464345
INTERCÁMBIO

44-1 Tipo de Atividade 1- Trabalho 2- Parcial	44-2 Valor Total R\$ 100,00	44-3 Valor Total R\$ 100,00	44-4 Total 2ª e 3ª Coluna R\$ 100,00
---	---	---	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, regras e alternativas de tratamento, os custos e alternativas de tratamento, os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), autorizo a realização(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Opshadiva a pagar em meu nome e por minha conta, a profissional ou tratado e a assina esse documento, os valores

48/76000000

Dr. Dela. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

HIZINIA LOYAL O ASSINALE O DOZINARIO / RESPONSIVEL

Room + Camino 38 Envia 2



PADRÃO ODONTO

Seu sorriso em primeiro lugar!!

Paciente: Ana Beatriz Serafim Silva



Solicito RX panorâmica para avaliar posição das raízes _____



Solicito RX periapical do(s) elemento(s) _____

47 / 37 paciente com

simtomatologia.



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)

Dra. Rosiane Schittino
CIRURGA-DENTISTA
CRO-RJ 48623

Data: 28 / 01 / 21

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

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

E-mail: padraoodonto66@gmail.com