



20 ANS	3-Dia da Estrada da Guia 13/07/21	4-Dia de Autocapão 11/11/11	5-Serina PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Momento de Guia Principal 64164	7-Dia validade da Serina 12/8/11 10/12/11
--------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--

10 da Carteira	11 Data Validade da Carteira	12 Número do Cartão Nacional de Identificação
1 2 0 1 2 5 3 4 3 4 2 5 0 0 0 0 0 1 0 1	1 1 / 1 1 / 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

LOS ROBERTO RODRIGUES	02/06/1978	())	CARLOS ROBERTO RODRIGUES
-----------------------	------------	-------	--------------------------

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO 9
direito a RN			

025 -

[illegible]

ESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	26092	SP	
---------------------------	-------	----	--

Id	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denúncia/Régulo	34-Face	35-Cid	36-Qualidade US	37-Vídeo	38-Ferramenta/Computadorço R3	39-Art	40-Data
1 - Alinhamento / Proceadimento associado										

0	8	1	0	0	0	0	4	9
CONSULTA ODONTOLÓGICA								
		1						
				3	4	0	0	
						0	0	0
								N
								36 //

10	8	5	1	0	0	0	5	6
CURAIVO DE DEMORA EM								
22								
1								
8								
0								
0								
0								
0								
N								
27								

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

44-Tipo de Abordamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Maior Total R\$
		1000	0

que anos ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável pelo tratamento, e a não divulgar a terceiros informações pessoais ou profissionais que possam comprometer a minha privacidade.

☐ Tratamento Oncológico - Quimioterapia e Radioterapia

☐ Outros Tratamentos

tes no tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

212590

	Local e Assinatura do Coordenador Pedagógico
	Local e Assinatura do Coordenador de Ensino
	Assinatura Local e Assinatura do Conselho Deliberativo
	Assinatura Local e Assinatura do Conselho Deliberativo
	Assinatura Local e Assinatura do Conselho Deliberativo
	Assinatura Local e Assinatura do Conselho Deliberativo
	Assinatura Local e Assinatura do Conselho Deliberativo
	Assinatura Local e Assinatura do Conselho Deliberativo
	Assinatura Local e Assinatura do Conselho Deliberativo
	Assinatura Local e Assinatura do Conselho Deliberativo

~~SECRET~~