

2 8 0 7 0 2 0 2 0 4 8 0 1 9 4 8 2 0 0 1 2 8 6

SOLICITADO PROCEDIMENTO CORRETO NA GUIA 408840.

REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS

3 0 4 3

1 0 8 3 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

0 0 0

33 - Valor Total Aciado (R\$)

0 0 0 0

35 - Assinatura do Prestador

Dr. Gisele Cristina Kimura Iuassaca

36 - Data da Assinatura da Operadora

1 7 0 8 2 0 2 0

37 - Assinatura da Operadora

Dr. Gisele Cristina Kimura Iuassaca

38 - Data da Assinatura da Operadora

1 7 0 8 2 0 2 0

39 - Data da Assinatura da Operadora

1 7 0 8 2 0 2 0

40 - Data da Assinatura da Operadora

1 7 0 8 2 0 2 0