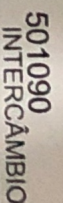


3

Dados do Beneficiário

13- Nome	TATIANE ARRUDA
26/09/1983	
14- Telefone	(()) - - - - -
15- Nome do titular do plano	TATIANE ARRUDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante
TATHIANE MOREIRA DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
3 9 6 1 2 0 6 2 8 7 0

22-Nome do Contratado Executante
TATHIANE MOREIRA DA SILVA

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
TAITHANE MOREIRA DA SILVA	125515	SP	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento
-----------	---------------------------

1-10101181110101010161511CONSULTA ODONTOLÓGICA

BASPAGEM SLIPBAGENGIVA

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

3-008530004 / RASPAGEMI SUPKA-GENGIVA

4-10085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVA

5-1001185300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVA

— 20 —

[illegible][illegible]

6. _____

9.  _____

10 |

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]

13

14 |

15

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

43-Data Previsão término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orcamento	

adaptação que não ter sido devidamente esclarecido sobre os pronominais, discos, custos e alternativas.

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) de acordo com as regras e procedimentos estabelecidos no Regulamento Interno da Comissão de Ética e Integridade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e por mim aprovado(s).

Observação

10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

13/103/124	13/103/124
------------	------------