

2-N^o

Dados do Beneficiário

13-Name

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

26-Nome do Profissional Exercitante	27-Município no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUCIANA MARY KAWAGUCHI	55535	SP	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados:

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

32-Descrição33-Dente/Região34-Face35-Qtd 336-Quantidade US37-Vakro38-Franquia/Co-participação RS39-Aut 40-Data de Realização

41 - Motivo da Glosa 42 - Assinatura

CONSULTA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIA: POLIMENTO

[illegible]

3	0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

PROFILMA: POLIMENIO

4 - 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8 **PROFILAXIA: POLIMENTO**

5 - 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO

6.1 0 0 1 8 1 5 1 1 0 0 1 1 9 6 1 1 RESTAURAÇÃO RESINA

[illegible][illegible]

[illegible][illegible][illegible]

4.4 Time de Abandono

43-Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento
///	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico

Declaro que não tenho sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas.

contato, que poderá virar testemunha, caso seja necessário. Declare, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) conste de instrumento realizado, comprometendo-me a agir com os critérios conforme o

49-Observação

imagem ok

100

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

2/14/2008 10:00 AM

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

100