



Dados do Beneficiário

13-NORTH
RONALDO BATISTA DA SILVA
24/02/1981
(()) -
COLE MONT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante

CLINICA ODONTOLOGICA INFANTILE E DIVULGATIVA 111

21 Código na Operadora / CNPJ / CPF	
22- Nome do Contratado Executante	

1 5 6 8 8 5 4 0 8 0 0 1 1

EDMILSON MILITO KAVVAGUCHI

26-Nome do Profissional ExecutanteEDMILSON MITIO KAWAGUCHIPlano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1	0	0	8	1	0	0	0	6	5
									CONSULIA ODOMI CLOSI

2 10 10 11 8 15 13 10 10 10 14 17 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

BASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

[illegible]

5-10 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 1 1

RASPAGEM SUPRA-GE

RESTAURAÇÃO RESI

BESTAIBRACÃO RESI

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

9-0101820008591
EXODONIA DE RAIL

	RX PERIAPICAL
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

11/11/2019 10:00:00 AM

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, naturezas, vantagens e riscos, de cada uma das alternativas de tratamento, decidi optar por este tratamento, sendo que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s).

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos com

49-Observação

51-Data	00000000
---------	----------

Dr. David L. ...
10/05/21
[Signature]
10/05/21
