

Nome do Profissional Executante:

Carlos Augusto Vieira Oliveira

CRO/UF: 39393

Guia:

Data do Exame:

11/02/2025

Nome do Beneficiário:

Lehanny ~~Costa~~ Gonçalves Gomes da Silva

DENTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
FACE	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M
Bolsa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reces.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolsa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reces.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

MCBILIDADE																
FURCA																

DENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FACE	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M
Bolsa																
Reces.																
Bolsa																
Reces.																
L																

MCBILIDADE	-															
FURCA																

DATA: 11/02/25

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante

[Assinatura]

CLÍNICA ODONTOLÓGICA MECA DENTE LTDA
CNPJ: 12.455.214 / 0891-03