

[illegible]

32-Descrição	31-Código do Procedimento	33-Dente/Rajão	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Alíq	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	2-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	4-10	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	5-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	
CONSULTA ODONTOLÓGICA	6-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	
	7-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	
	8-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	
	9-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	
	10-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	
	11-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	
	12-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	
	13-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	
	14-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	
	15-10	0	8	1	0	0	0	0	3	0	

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

43-Data Provisória Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/12 BH	52-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/12 BH
--	--

22-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

[illegible]