

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-13



305353
INTERCÀMBIO

14895501 MMS	10 6 1/0 4 1/2 10	14895501 MMS	10 6 1/0 4 1/2 10	14895501 MMS	10 6 1/0 4 1/2 10
408414	10 6 1/0 4 1/2 10	408414	10 6 1/0 4 1/2 10	408414	10 6 1/0 4 1/2 10
38005 do Beneficiário		38005 do Beneficiário		38005 do Beneficiário	

0	0	2	0	2	5	2	0	6	5	0	9	0	0	0	1	2	1	0	1
9-Huerto de Carliera																			
8-Plano																			
POS REDE PRESTADORA																			
10-Empresa																			
TOP FARMA DISTRIBUIDORA DE																			
11-Dona Valdivia da Carliera																			
12-Huerto do Carlio Ilustrao de Saude																			

[illegible]

16-Atendimento a RH	17-Hora do Profissional Solicitante	18-Munição no CRO	19-UF	20-Código CRO 6	025-
N	ANA CARLA DA COSTA LIMA	6487	MS		

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	05183581940
22-Ilhens do Contrato Encerrante	ANA CARLA DA COSTA LIMA
23-Ilhens no CRO	6497
24-UF	MS
25-Código CHES	

ANA CARLA DA COSTA LIMA 27-ANUNIO no CRO 6497	28-JF MS	20-Código CRO \$
---	-------------	------------------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, assinto e autorizo a existência do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente. Declaro, ainda que não procedimento(s) de(s)to(s) acima e por mim assinado(s). [Assinatura (assinando(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autógrafo e Ocorrência a ser assinada]

[illegible][illegible]

6/10/11	6/10/11	6/10/11	6/10/11
PR 2757	PR 2757	PR 2757	PR 2757

CRO/PR 276

CRP/PR/275

CR01PR253