



2-Nº



INTERCÂMBIO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

43-Data Previsão	Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	47-Valor Total R\$ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	48-Total Franquia / Co-participação R\$ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
------------------	-----------------------	---	---	---	---	--

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/07/2025	11/07/2025	11/07/2025	11/07/2025

CRO/SC 14.375