

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N⁺

301879
INTERCÂMBIO 2

6-Número da Carteira	0002025266763000000101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13- Nome	CRISTIANE APARECIDA CALIXTO	
14- Telefone	10/03/4076	
15- Nome do titular do plano		

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento	
10/03/13/6	(()) -

CRISTIANE APARECIDA CALIXTO

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-LUF	20-Código CRO S
N	ISO RADIOLOGIA DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA	21040		000

21-Código na Operadora / CNPJ/CPF	99701445918120
22-Nome do Contratado Excelente	ISIDORO CARVALHO
23-Número no CRO	24042
24-UF	SP
25-Cidade - Estado	09
Faturar Empresa	025 -

26-Nome do Profissional Executante									
SINODO FARAH JUNIOR									
ISIDORO FARAH JUNIOR									
24042									
SP									
429-000000 CINES									
Enviar - RX									
(I) 81000421-RPSE (I) 81000421-RII									

ILDOCKU FARAH JUNIOR Plano de Tratamento / Procedimentos Sólidos	24042 24042	24042 24042	24042 24042
---	----------------	----------------	----------------

[illegible][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][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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

A series of 10 horizontal lines for handwriting practice. Each line consists of a solid top line, a dashed midline, and a solid bottom line. Arrows indicate the direction of the strokes: a downward arrow on the left side of each line, and a series of upward arrows along the bottom line.

[illegible][illegible]

44-Tipo de Atendimento	☒ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortopedia ☐ 4-Infância/Emergência	
45-Tipo de Faturamento		
46-Total Quantidade US		
47-Valor Total R\$		
48-Total Franquia / Co-participação		

[illegible]

Observação: O presente documento é uma cópia não controlada e não representa a versão mais atualizada das informações aqui contidas. Para obter a versão mais atualizada, consulte o sistema de gestão da qualidade da empresa.

51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Remetente / Responsável
---	--

INSTRUMENTO DE IMAGEM LTDA