

2-N^o

1338165
INTERCÂMBIO

43-Data Previsão Término do Tratamento	___/___/___	44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	46-Total Quantidade US	___ ☐ 1 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 0 ☐ 0	47-Valor Total R\$	___ ☐ 1 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$	___ ☐ 1 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
--	-------------	------------------------	--	------------------------	---	------------------------	--	--------------------	--	---	--

49-Observação

53-Data, local e Carimbo da Empresa