



INTERCAMBIO

ANDRESSA GUIMARAES DA SILVA

Dados do Contraste Responsável pelo Tratamento	
Contraste	10,000
Pro-Collagen CRG S	10,000

16-Arendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número do CNPJ	19-UF	20-Valor
N	JULY ANNE MIENDONCA DA SILVA	45407	RJ	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	10	9	0	3	5	8	8	2	7	7	6						
22-Nome do Contratado Executante	JULY ANNE MENDONCA DA SILVA																
23-Número no CRO	45407																
24-UF	RJ																
25-Código CNES																	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-U.F	29-Código CBO S
JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA	45407	RJ	

[illegible][illegible][illegible]

4	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][illegible]

43-Data Previsão	Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
15					

☐ 1- Tratamento Odontológico	☐ 2- Exame Radiológico	☐ 3- Ortodontia	☐ 4- Urgência/Emergência	☐ 1- Total	☐ 2- Parcial	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 0
---	---	--	---	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

49-Observação

[illegible]

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/6/10/18/11/2011	<i>[Assinatura]</i>
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/6/10/18/11/2011	<i>[Assinatura]</i>
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/6/10/18/11/2011	<i>[Assinatura]</i>
53-Data local e Carimbo da Empresa	12/6/10/18/11/2011	

[illegible]