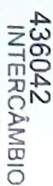


2-N

Faturar Empresa

1/2/ 20 _____ Spring me

1/2/ 20 _____ Spring me

1/2/ 20 _____ Spring me

1/2/ 20 _____ Spring me

43-Valor Total R\$	0,00
44-Total Franquia e Coparticipação R\$	0,00

49-0000000000

50-Data Local e Assinatura do(a) Juiz(a)-Delegado(a) Solicitante

51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/12/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dala, Noel e Carlinda da Penha - 2015

enise Fair
ia Dentista
0268-PR

CROSP 4635