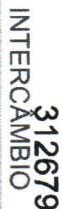


2-N-



312679
INTERCAMBIO

10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Telefone () -	15-Nome do titular do Plano KAROLINA FERNANDA VIANA	
16 KOLINA FERNANDA VIANA		
9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Carteira 2/2/02 5/2/13 3/6/5 0/0/5 5/9/0 1/1
07/11/1992		

07/11/1992

15-Nome do titular do plano
KAROLINA FERNANDA VIANA

17-Nome do Profissional Solicitante
BEATRIZ ANDRADE SALES SILVA

--	--

025 -
Faturar Empresa

122-Nome do Contratado Executante
BEATRIZ ANDRADE SALES SILVA

23-Numero no CRO	24-Uf	25-Codigo CNEC
7277	MT	

de do Profissional Executante
TRIZ ANDRADE SALES SILVA

27-Número no CRO 7277	28-Uf MT	29-Código CBO S
--------------------------	-------------	-----------------

e Tratamiento / Procedimientos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Visor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
---------------------------	--------------	--------------------	---------	---------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-------------------	---------------

0	8	5	1	0	0	1	9	6
RESTAURAÇÃO RESINA								
15	0	1	6	1	0	0	0	0
SIA/SUS								
06/20								
<i>efluen</i>								

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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][illegible][illegible]

[illegible]

44-Tipo de Amendamento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quantidade	30.000.000
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Família / Co-participação R\$	0,00

[illegible]

to, Declaro, ainda que o(s) procediment(o)s acima e por mim assinado(s), fo(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os honorários devidos pelo presente procedimento, compreendendo-me a arcas com os custos conforme previsto em contrato.

1. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista solicitante	52. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
53. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53. Data, local e Carimbo da Empresa

Churchgate 7271
CPQIMT 7271