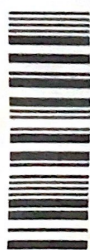


## 24



|                                                                                    |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 0 0 2 0 2 5 2 4 4 4 7 9 0 0 0 0 0 1 0 2<br>0 0 2 0 2 5 2 4 4 4 7 9 0 0 0 0 0 1 0 2 | 11 - Data Validade do Carteira<br>/ / / / / /          |
| 10 - Empresa<br>ARAUCO FOREST BRASIL SA                                            | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>/ / / / / / |

|                                   |            |  |                                                   |
|-----------------------------------|------------|--|---------------------------------------------------|
| JANAINA DE JESUS CAMARGO DE PAULA | 22/02/1988 |  | 15-Memória do titular do plano<br>ABEJES DE PAULA |
|-----------------------------------|------------|--|---------------------------------------------------|

|                                    |                                     |                  |       |                 |                          |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-------|-----------------|--------------------------|
| 16-Identificação a BN              | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-Uf | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| N                                  | IDENSE FANTON OREFICE               | 46356            | SP    |                 | Enviar - RX              |
| 21-Código na Carteira CFPJ / CPF   | 22-Nome do Contratado Executante    | 23-Número no CRO | 24-Uf | 25-Código CIES  |                          |
| 117118714818218                    | IDENSE FANTON OREFICE               | 46356            | SP    |                 | (I) 85100200             |
| 26-Nome do Profissional Executante |                                     | 27-Número no CRO | 28-Uf | 29-Código CBO S | (I) 85100200             |
| IDENSE FANTON OREFICE              |                                     | 46356            | SP    |                 | (I) 85100200             |

Plano de Tratamiento: Procedimientos Solicitados

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                      |                                                                    |                                       |                               |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência Emergência | 45-Tipo de Pagamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 2 9 8 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 0 0 0 | 48-Total Fraquias Compensação R\$<br>0 0 0 |
| <p>Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que (x) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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 valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.</p> |                                                                                                                                      |                                                                    |                                       |                               |                                            |
| <p>49-Observações<br/>Imagens analisadas</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |                                                                    |                                       |                               |                                            |

52-Dia local e Assinatura do Cursante-Dentista Solicitante  
13/10/11 20/11/2011  
52-Dia local e Assinatura do Cursante-Dentista  
13/10/11 20/11/2011  
52-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
13/10/11 20/11/2011  
52-Dia local e Cursante da Empresa  
13/10/11 20/11/2011  
Ora Dentista e Faltante Dentista  
Cirurgia Dentária  
Cirurgia Dentária

Denise Denise  
Cruz Cruz - Cruz Cruz  
Cruz Cruz Cruz Cruz