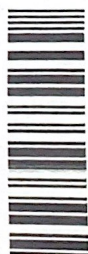


2-N



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/6/11 10/12/11	4-Dia de Autorização 10/8/11 10/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938494	7-Dia Validade da Sentença 10/4/11 11/2/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

390808

INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 2 4 4 4 7 9 0 0 0 2 2 4 0 2																																								
9-Pipino	POS REDE PRESTADORA																																								
10-Empresa	ARAUJO FOREST-BRASIL SA																																								
11-Dia Validado da Carteira	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0																						
12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																									
13-Nome	EDILCEIA ANDRADE DE CASTRO																																								
14-Teléfono	08/12/1990																																								
15-Nome do titular do plano	JORAMIL SOARES DE LIMA																																								

16-AdmInscrição no RIN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-U.F.		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
DENISE FANTON OREFICE		DENISE FANTON OREFICE		46356		SP		25-Código CNES		Enviar - RX	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contribuinte Executante		23-Número no CRO		24-U.F.		25-Código CNES		(I) 85.100218	
11711871141812181111		DENISE FANTON OREFICE		46356		SP		25-Código CNES		(I) 85.100218	
26-Nome do Profissional Executante				27-Número no CRO		28-U.F.		29-Código CBO S		(I) 85.100226	
DENISE FANTON OREFICE				46356		SP				(I) 85.100218	

Relatório de Atendimento / Procedimentos Solicitados												
30-Modelo	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Englobado	34-Fee	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Aut	40-Diário de Realização	41- Membro da Equipe	42-Assinatura
1-0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	18	ODP	1	1 2 2 ,0 0 0	10,0 0 0 0	1	S	3 1 / 0 7 / 2 0		<i>Handwritten signature</i>
2-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6 1 ,0 0 0	10,0 0 0 0	1	S	2 2 / 0 7 / 2 0		<i>Handwritten signature</i>
3-0 0	8 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	ODMP	1	1 2 2 ,0 0 0	10,0 0 0 0	1	S	2 1 / 0 7 / 2 0		<i>Handwritten signature</i>
4-0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OPD	1	1 2 2 ,0 0 0	10,0 0 0 0	1	S	1 1 / 0 7 / 2 0		<i>Handwritten signature</i>
5-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6 1 ,0 0 0	10,0 0 0 0	1	S	2 3 / 0 7 / 2 0		<i>Handwritten signature</i>
6-0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OVL	1	1 2 2 ,0 0 0	10,0 0 0 0	1	S	2 0 / 0 7 / 2 0		<i>Handwritten signature</i>
7-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	6 1 ,0 0 0	10,0 0 0 0	1	S	1 1 / 0 7 / 2 0		<i>Handwritten signature</i>
8-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6 1 ,0 0 0	10,0 0 0 0	1	S	0 5 / 0 7 / 2 0		<i>Handwritten signature</i>
9-0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	8 8 ,0 0 0	10,0 0 0 0	1	S	1 3 / 0 7 / 2 0		<i>Handwritten signature</i>
10-0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OLD	1	1 2 2 ,0 0 0	10,0 0 0 0	1	S	0 6 / 0 7 / 2 0		<i>Handwritten signature</i>
11-0 0												
12-0 0												
13-0 0												
14-0 0												
15-0 0												

43-Dados Previstos Termo do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Fatura / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os propósitos, físicos, culturais e alimentares de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que (s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram realizado(s) com meu consentimento e de forma voluntária. 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 no contrato.

49-Observing

50-Dutra local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dutra local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dutra local e Assinatura de Beneficiário / Responsável	53-Dutra local e Cópia da Empresa
12/21/10 21/10 <i>[Assinatura]</i>	12/21/10 21/10 <i>[Assinatura]</i>	12/21/10 21/10 de Carlos	12/21/10 21/10
Cirurgião Dentista			
CNPJ nº 06.986.738/0001-00			

Dr. Denise Farnon, Director