

Nome Completo do Profissional RAQUEL LINHARES BURLA DE SOUZA **Naturalidade** CAMPOS DOS GOYTACAZES **UF** RJ

CPF 11927915767 **RG** 21154477-0 **Data de Nascimento** 28/10/1986 **CRO** 37153 **UF CRO** RJ **Estado civil**

DDD **Celular** **E-mail** **Responsável Técnico da Clínica**

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

| | Sim | Especialista | | Sim | Especialista |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Divulgar como clínico geral | <input type="checkbox"/> | | Odontopediatria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dentística Restauradora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endodontia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Odontogeriatría | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Periodontia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ortopedia Funcional dos Maxilares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia e Traumatologia BMF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patologia Bucal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prótese Dentária | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prótese Buco-Maxilo-Facial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantodontia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estomatologia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ortodontia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DTM e Dor-Orofacial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nome Completo do Profissional LUNIK BRANDAO DOS SANTOS **Naturalidade** MACAE **UF** RJ

CPF 11759850748 **RG** 20848050-9 **Data de Nascimento** 24/06/1987 **CRO** 37809 **UF CRO** RJ **Estado Civil**

DDD **celular** **E-mail**

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife

| | Sim | Especialista | | Sim | Especialista |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Divulgar como clínico geral | <input type="checkbox"/> | | Odontopediatria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dentística Restauradora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endodontia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Odontogeriatría | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Periodontia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ortopedia Funcional dos Maxilares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia e Traumatologia BMF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patologia Bucal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prótese Dentária | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prótese Buco-Maxilo-Facial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantodontia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estomatologia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ortodontia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DTM e Dor-Orofacial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |