

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

Razão Social: RADIO - RADIODIAGNOSTICO EM ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 26985168000278 ( RADIODIAGNOSTICO )

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 1968/DF

Cirurgião Dentista: (16177) - ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

| Guia       | Nome                                                      | Não Paga | Dt. Guia   | USOs Atos | Vlr USO Coop. | Total     |
|------------|-----------------------------------------------------------|----------|------------|-----------|---------------|-----------|
| 288740 - I | CARLOS EDUARDO GOMES SOARES FILHO (00202525682000000102 ) |          | 15/02/2020 | 162       | 0.4           | R\$ 64,80 |
| 288743 - I | THAIS MARQUES BEZERRA DOS SANTOS (00202525682000000101 )  |          | 15/02/2020 | 134       | 0.4           | R\$ 53,60 |

Totalizador

N° de USOs: 296  
N° de atendimentos: 2  
Valor: R\$ 118,40

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 296  
N° de atendimentos: 2  
Valor: R\$ 118,40

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 296  
N° de atendimentos: 2  
Valor: R\$ 118,40

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 04/05/2020 15:07

Página 1 de 1



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



295385  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS  
406614

3-Dia de Emissão da Guia  
10/3/10 3/12/0

4-Dia de Autorização  
13/10/3/12/0

5-Sentença  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
7447960

7-Dia Validade da Sentença  
01/10/12/0

Dados de Prestação

8-Número da Carteira  
001202524116700417011

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
ASSOC FUNC PUBL ATIVOS

11-Dia Validade da Carteira  
1/1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
JESSICA PEREIRA DE AMORIM

14-Telefone  
( ) - - - - -

15-Nome do titular do plano  
JESSICA PEREIRA DE AMORIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
69916683115

22-Nome do Contratado Executante  
SANDRA CARVALHO SUZUKI

26-Nome do Profissional Executante  
SANDRA CARVALHO SUZUKI

27-Número no CRO  
5853

28-UF  
DF

29-Código CBO S  
09

025 -  
Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr(a) beneficiário(a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (61) 30305450, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Stv, 701, EDF BRASILIA BL C, ASA SUL.

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição    | 33-Dente/Região          | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dia de Realização | 41-Módulo da Classe | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------|--------------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|---------------------|---------------|
| 1-0       | 0                         | 8 1 0 0 0 3 7 5 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD     | 1      | 14,00            | 0,00     | S 113,03                        | 20     | 11/3/03              | 20                  | 11/3/03       |
| 2-0       | 0                         | 8 1 0 0 0 3 7 5 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD     | 1      | 14,00            | 0,00     | S 113,03                        | 20     | 11/3/03              | 20                  | 11/3/03       |
| 3-0       | 0                         | 8 1 0 0 0 3 7 5 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE     | 1      | 14,00            | 0,00     | S 113,03                        | 20     | 11/3/03              | 20                  | 11/3/03       |
| 4-0       | 0                         | 8 1 0 0 0 3 7 5 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME     | 1      | 14,00            | 0,00     | S 113,03                        | 20     | 11/3/03              | 20                  | 11/3/03       |
| 5-0       | 0                         | 8 1 0 0 0 4 0 5 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA   |         | 1      | 78,00            | 0,00     | S 113,03                        | 20     | 11/3/03              | 20                  | 11/3/03       |
| 6-1       |                           |                 |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |               |
| 7-1       |                           |                 |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |               |
| 8-1       |                           |                 |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |               |
| 9-1       |                           |                 |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |               |
| 10-1      |                           |                 |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |               |
| 11-1      |                           |                 |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |               |
| 12-1      |                           |                 |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |               |
| 13-1      |                           |                 |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |               |
| 14-1      |                           |                 |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |               |
| 15-1      |                           |                 |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                     |               |

43-Dia Previsto Término do Tratamento  
11/3/03/12/0

44-1-1 Tratamento Odontológico: 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência  
2

45-Tipo de Faturamento  
1-1-Total 2-Parcial  
1

46-Total Quantidade US  
134,00

47-Valor Total R\$  
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$  
0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Operador-Dentista Solicitante  
11/3/03/12/0

51-Dia, local e Assinatura do Operador-Dentista  
11/3/03/12/0 Dr. Arlette A. Marchionni

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
11/3/03/12/0

53-Dia, local e Caimbo da Empresa  
1/1/1/1/1/1

## Receituário

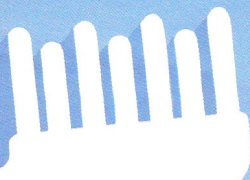
R\$110,00

afônico Pereira de Amorim

Soluto: Rx periapical (15, 24, 47, 44)

Rx intraorais de pré molares e  
molares superior e inferior + panorâmico  
p/ indicação de extração e linhas carceais

10/02/2020  
Dr. Renata Puerta  
Cirurgiã Dentista  
CRO-DF 9812



☎ (61) 3224-7478 📞 99202-0019  
📍 SBS quadra 2 bloco S lote 1  
🏢 Ed. Empire Center, sala 204  
📍 Asa Sul, Brasília DF  
👤 RT: Dra. Renata M. Puerta  
📄 CRODF: 9812 - CRODF EPAO: 2512  
📧 falecomacorp@gmail.com





Centro de Radiologia Odontológica

**Tomografia Computadorizada / Radiografias Digital**  
RT: JONATHAN BEZERRA CÂMARA / CRO-DF 9065 - EPPAO-CRO-DF 1944

**GAMA-DF ED CENTRAL-SETOR CENTRAL PROJEÇÃO 09 - SALAS 408/412**  
Fones: (61) 3037-1787 / 3041-8087  
Email: radiologiabucal@hotmail.com  
CEILÂNDIA - CNM 02 Bloco B Sala 110 - DF - (61) 3297-3238  
Email: radiologiabucalcei@hotmail.com

**Horário de Atendimento Gama-DF: Segunda à Sexta - 08:00 às 18:00 - Sábado - 08:00 às 12:00**  
**Horário de Atendimento Ceilândia - DF: Segunda à Sexta - 8:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00 - Sábado - 8:00 às 12:00**

Paciente: Lucia Reis Data de nascimento:                     

Indicação Dr: Alia Fone: 98556-5578

End. Profissional: Odolice Fone:                     

**RADIOGRAFIAS INTRA-ORAIS**

**1 PERIAPICAIS**

- ☐ PERIAPICAL COMPLETA (INCLUSIVE REGIÃO DESDENTADA)
- ☐ TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO (TÉCNICA DE CLARK)
- ☐ DENTES PRESENTES
- ☐ DENTES ASSINALADOS

**2 BITE-WINGS (INTERPROXIMAL)**

- ☐ MOLARES
- ☐ PRÉ-MOLARES
- ☐ - D
- ☐ - E
- ☐ - D
- ☐ - E
- ☐ - MAXILA
- ☐ - MANDIBULA

**3 OCCLUSAL**

**DENTIÇÃO PERMANENTE**

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

ESQUERDA

**DENTIÇÃO DECÍDUA**

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 50 | 49 | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 60 | 59 | 58 | 57 | 56 | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 |

ESQUERDO

**RADIOGRAFIAS EXTRA-ORAIS**

**PANORÂMICA**

- ☐ SIMPLES
- ☐ MAPEADA PARA IMPLANTE
- ☐ REGIÃO

**TELERADIOGRAFIA**

- ☐ SEM TRAÇADO
  - ☐ COM TRAÇADO
- (MARCAR AS ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS)

**RX DIVERSOS**

- ☐ ATM
- ☐ CARPAL (IDADE ÓSSEA)
- ☐ SEIOS DA FACE
- ☐ P.A S/ CEFALOMETRIA
- ☐ P.A C/ CEFALOMETRIA

**DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA**

- ☐ BÁSICA - (PASTA, PANORÂMICA, TELE C/ ANÁLISE, MODELO, 06 FOTOS)
- ☐ ESPECIAL - (PASTA, PANORÂMICA, TELE C/ ANÁLISE, MODELO, 06 FOTOS, PERIAPICAL DE INCISIVOS e BITE-WINGS)
- ☐ COMPLETA - (PASTA, PANORÂMICA, TELE C/ ANÁLISE, MODELO, 08 FOTOS, PERIAPICAL DE INCISIVOS e BITE-WINGS)
- ☐ SUPER COMPLETA - (PASTA, PANORÂMICA, TELE C/ ANÁLISE, PERIAPICAL TOTAL, BITE-WINGS, 08 FOTOS, MODELO)
- ☐ PARA IMPLANTE - (PASTA, PANORÂMICA MAPEADA, 08 FOTOS, MODELO, PERIAPICAL DA REGIÃO-MARCAR ODONTOGRAMA)
- ☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA PERSONALIZADA -

**FOTOGRAFIAS**

- ☐ FRENTE/PERFIL (2)
- ☐ SORRISO (1)
- ☐ INTRA-ORAIS (3)
- ☐ OCCLUSAIS (2)
- ☐ PERFIL APROXIMADO
- ☐ OVER-JET
- ☐ ANÁLISE FACIAL

**ANÁLISE CEFALOMÉTRICA**

- ☐ USP
- ☐ UNICAMP
- ☐ MC NAMARA
- ☐ JARABACK
- ☐ RICKETTS
- ☐ TWEED
- ☐ STEINER
- ☐ PROFIS
- ☐ BIMLER
- ☐ OUTROS

**MODELOS**

- ☐ ESTUDO
- ☐ TRABALHO
- ☐ COM ANÁLISE
- ☐ PLACA DE CLAREAMENTO
- ☐ PLACA PARA PROXISMO

☐ CD ☐ PASTA ☐ BLOCO DE PEDIDO

R\$ 60,00

Obs:                      Assinatura e Carimbo

Dr. Alina T. Lustosa  
Cirurgiã Dentista  
CRP 01/10001

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



288740  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/02/2012 4-Data de Autorização 03/03/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7412159 7-Data Validade da Sentença 15/05/2012

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0020202525682000000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CARLOS EDUARDO GOMES SOARES FILHO 07/02/2004 14-Telefone (61) 827518303 15-Nome do Titular do plano THAIS MARQUES BEZERRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO 18-Número no CRO 1968 19-UF DF 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 92803288834 22-Nome do Contratado Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO 23-Número no CRO 1968 24-UF DF 25-Código CNES (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000421- (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante ARLETTE APARECIDA GOMES ASEVEDO 27-Número no CRO 1968 28-UF DF 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição             | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut |
| 1-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 81000375                  | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      |
| 2-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 81000375                  | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      |
| 3-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 81000375                  | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      |
| 4-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 81000375                  | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      |
| 5-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 81000421                  | RX PERIAPICAL            | RMD             | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      |
| 6-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 81000421                  | RX PERIAPICAL            | RCSD            | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      |
| 7-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 81000405                  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA   |                 | 1       | 1      | 8,00             | 0,00     | 0,00                            | S      |
| 8-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| 9-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| 10-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| 11-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| 12-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| 13-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| 14-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| 15-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento 03/03/2012 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 162,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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 v referidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/03/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 03/03/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/2012 53-Data, local e Caminho da Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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.

49-Observação

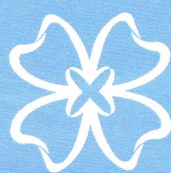
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Radiologista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO-DF 1834



# CORP

Clinica Odontológica Renata Puerta

## Receituário

Carlos Eduardo Gomes Soares Filho

Sobrito

Rx unta proximal de pré molares e  
molares superior e esquerda + per gcol  
clinto 12 e 46 + perorômico  
p1 fmd de endodontica

Dr. Renata M. Puerta  
Cirurgia Dentista  
CRO DF 9812



☎ (61)3224-7478 📞 99202-0019

📍 SBS quadra 2 bloco S lote 1  
🏢 Ed. Empire Center, sala 204  
Asa Sul, Brasília DF  
👤 RT: Dra. Renata M. Puerta  
CRODF: 9812 - CRODF EPAO: 2512  
✉ falecomacorp@gmail.com





# CORP

Clinica Odontológica Renata Puerta

## Receituário

Thais Marques Bezerra dos Santos

Soluto:

Rx periapical total + anteroposterior de  
pr<sup>o</sup> molares e molares abaixo da esquerda  
+ panorâmico

(up) finalizada tratamento periodontia e  
lesões cervicais

03/02/2020  
Dr. Renata Puerta  
Cirurgia-Dentista  
CRO-DF 9812



(61)3224-7478 ☎ 99202-0019

📍 SBS quadra 2 bloco S lote 1  
🏢 Ed. Empire Center, sala 204  
Asa Sul, Brasília DF  
👤 RT: Dra. Renata M. Puerta  
CRODF: 9812 - CRODF EPAO: 2512  
@ falecomacorp@corp.com.br

**Radiodiagnóstico - Asa Sul**

SHLS QD 716 Conj. L Torre II Salas 321/323 - Centro Clinico Sul

Asa Sul - Brasília / DF - CEP: 70.390-700

Fone: (061) 3963-9898

PROTOCOLO DE ENTREGA

CONVÊNIO: ODONTOLIFE

**FATURA**

DADOS CONVÊNIO

BRASÍLIA-DF:

PERÍODO REF.:

04/05/2020

TOTAL:

R\$ 216,80

| Nº ITEM | DATA MOV.  | NOME CLIENTE                     | CARTEIRINHA | GUIA        | VALOR R\$ |
|---------|------------|----------------------------------|-------------|-------------|-----------|
| 1       | 13/03/2020 | JESSICA PEREIRA DE AMORIM        |             | 295385/2953 | R\$ 76,00 |
| 2       | 13/03/2020 | JESSICA PEREIRA DE AMORIM        |             |             | R\$ 22,40 |
| 3       | 03/03/2020 | Carlos Eduardo Gomes S. Filho    |             |             | R\$ 64,80 |
| 4       | 03/03/2020 | Thais Marques Bezerra dos Santos |             |             | R\$ 53,60 |

Atenciosamente,

Radiodiagnóstico - Asa Sul

PROTOCOLADO

RECEBIDO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. RESP.: \_\_\_\_\_