

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2021

Razão Social: RADIORAL-SERVICO RADIODIAGNOSTICO ORAL S/S

CNPJ: 02585495000193 (C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ASSIS)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 16366/GO

Cirurgião Dentista: (16287) - CAROLINA GUARNIERI GOUVEIA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
551014 - I	BLAYNER SILVA MELO (00202504908500795401)		13/05/2021	78	0.58	R\$ 45,24
551014 - I	BLAYNER SILVA MELO (00202504908500795401)		13/05/2021	98	0.6	R\$ 58,80
557749 - I	JOAO CARLOS MAXIMO DOS SANTOS (00202535622800000102)		20/05/2021	346	0.49	R\$ 169,54
564324 - I	LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA (00202505682500018002)		26/05/2021	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador						
				N° de USOs:		744
				N° de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 404,56

Totalizador da Operadora						
				N° de USOs:		744
				N° de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 404,56

Totalizador da Clínica						
				N° de USOs:		744
				N° de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 404,56

RADIORAL - SERV. RADIOLÓGICO ORAL S/S
CNPJ: 02.585.495/0001-93

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: 01/06/2021 12:53

Página 1 de 1



SORRIA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Dr. João Marcos Ribeiro
Cirurgião-Dentista
CRO-GO 13761

P/ João Carlos Máximo dos Santos

Solicitado:

Panorâmica Topo,
Cefaloradiografia de Perfil, Fotos, Modelos.
Avaliação Ortodôntica:

18/05/2021


Dr. João Marcos Ribeiro
Cirurgião-Dentista
CRO-GO 13761

GOIÂNIA (GO)
Av. 136, Edifício New York - Sala A 504
(62) 3241-7708 / (62) 9.9291-6202



Tradução: para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



557749
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 1 0 0 5 1 2 1 1	4-Data de Autorização 2 0 1 0 0 5 1 2 1 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8609721	7-Data Validade da Senha 1 8 1 0 8 1 2 1 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 1 0 0 2 0 2 5 3 5 6 2 2 8 0 0 0 0 1 0 2 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome

JOAO CARLOS MAXIMO DOS SANTOS	13/05/1978	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano BRUNO LUIZ RIBEIRO CUNHA
-------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ASSIS	18-Numero no CRO 16366	19-UF GO	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10 2 8 2 9 2 3 5 1 9 3	22-Nome do Contratado Executante CAROLINA GUARNIERI GOUVEIA	23-Numero no CRO 16366	24-UF GO	25-Código CNES
------------------------	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

CAROLINA GUARNIERI GOUVEIA	27-Numero no CRO 16366	28-UF GO	29-Código CBO S
----------------------------	---------------------------	-------------	-----------------

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 3 4 6	DOC ORTODONTICA "B"			1	3 4 6 1 0 0	0,00			20/05/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento

20/05/2011	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 3 4 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 acordo com a autorização da 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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	20/05/2011	20/05/2011	

RADIORAL - SERV. RADIODONTOLÓGICO
CNPJ: 02.585.495/0001-93

Assinatura do Beneficiário / Responsável
Assinatura do Profissional

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



21067198

551014
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

BLAYNER SILVA MELO

109/1992

14-Telephone
(11)

15-Nome do titular do plano
BLAYNER SILVA MELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN	17-Nome do Profissional Solicitante
N	C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLÓGIA ASSIS
21-Código na Operadora / (CNPJ) / CPF	22-Nome do Contratado Excedente
0 2 8 2 9 2 3 5 1 9 3	CAROLINA GUARNIERI GOUVEIA
26-Nome do Profissional Excedente	
CAROLINA GUARNIERI GOUVEIA	

18-Número no CRO 16366	23-Número no CRO 16366	27-Número no CRO 16366
---------------------------	---------------------------	---------------------------

19-UF	GO	24-UF	GC	28-UF	GO
-------	----	-------	----	-------	----

20-Código CBO S	09	25-Código CNES	29-Código CBO S
-----------------	----	----------------	-----------------

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX

(I) 81000375-RMD	(I) 81000375-RME	(I) 81000421
(I) 81000375-RPD	(I) 81000405	(I) 81000421
(I) 81000375-RRE	(I) 81000421-RIS	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rojão	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
------------	----------------------------	---------------	-----------------	----------	---------	-------------------	-----------	----------------------------------	---------	------------------------	---------------------	----------------

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Aterramento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US\$ [][][][] [1][7][6][][0][0]	47-Valor Total R\$ [][][][] [0][][0][0]	48-Total Franquia / Co-participação R\$ [][][][] [][][][]
<u>14/05/2024</u>					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito, previsto 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), (foram realizado(s) com meu consentimento e de minha manifestação. 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, com o qual eu concordo, conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cliente-Dentista Solicitante	
51-Data, local e Assinatura do Cliente-Dentista	11/03/2021 RADIORAL - SERV. RAUS CMP J.: 02-565-4950003
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/05/2021 Marta S. Melo
53-Data, local e Caimento da Empresa	

52-Data, local
A H I I

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Solicitação de RX

Para: Blayner Silva Melo

DentalUni

1. Rx panorâmica para verificação dos terceiros molares(18,28,38,48).
2. Rx bite wings de pré molares e molares direito e esquerdo para verificação de cáries.
3. Rx periapicais dos elementos 11,21, 27,47 para avaliação endodôntica.

Goiânia,11/05/2021.

Dr^a. Cynthia Monteiro
Clínica Geral e Implante
CRO/GO: 9808

Dr. Milton Monteiro
Clínico Geral
CRO/GO: 1868

Dr. Marcelo Monteiro
Clínica Geral e Implante
CRO-GO 8632


Dr. Marcelo Monteiro
Clínica Geral e Implante
CRO/GO: 8632

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N



2507 4500

564324
INTERCÂMBIO

side

1000

100

30-7-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 do Realização	41-Mofo ou Cla	42-Assinatura
100	81000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	27/05/2021		

2 -

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

5-1

6-1

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]

12

[illegible]

43-Data Período Típico do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
01/03/11	Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Implante	Total	122200	0000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apreendido, aceito o procedimento(s) acima e por mim assinado(s), folio(s) realizado(s) com meu consentimento livre e esclarecido.

Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os honorários de administração do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no plano de saúde.

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

COMP. J. 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. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/11/11	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	17/10/11	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável	12/10/12	maíra
53-Data, local e Cartório da Empresa	11/11/11	

$$M = \mathbb{Q}(\sqrt{2}, \sqrt{3})$$

Luciene maria do Azevedo

Solicitado check up peria pical
para avaliação periodontal

7

25/05/2021

Dr. Bruno Viscul Rocha
Cirurgião Dentista
Ortodontista
CRO-GO 12332



Tradução para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



557749
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/05/21	4-Data de Autorização 12/01/05/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8609721	7-Data Validade da Sentença 18/08/21
--------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Numero da Carteira 0002025356228000001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome JOAO CARLOS MAXIMO DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano BRUNO LUIZ RIBEIRO CUNHA
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante C.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ASSIS	18-Numero no CRO 16366	19-UF GO	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
-------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02829235193	22-Nome do Contratado Executante CAROLINA GUARNIERI GOUVEIA	23-Numero no CRO 16366	24-UF GO	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CAROLINA GUARNIERI GOUVEIA	27-Numero no CRO 16366	28-UF GO	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00346	DOC ORTODONTICA "B"		1	346	00	0,00		S	20/05/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/05/21	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 346,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 minha responsabilidade. 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 10/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/21
---	---	---	---

RADIORAL - SERV. RADIOLOGICO
CNPJ: 02.595.495/0001-93