

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

Razão Social: C.I.R.O. - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODO

CNPJ: 86882925000129 (C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 12549/GO

Cirurgião Dentista: (16255) - ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
469090 - I	VALDECI MARTINS COELHO (00202534238800000101)		03/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
474505 - I	AMERICA OLIVEIRA TORRES (00202535385000000102)		10/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
474512 - I	FERNANDA DE ABREU TORRES (00202535385000000101)		10/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
476193 - I	NOEMIA ALVES (00202533660500000101)		12/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24
476197 - I	RAIMUNDA ALVES MARTINS (00202533660500000102)		12/02/2021	78	0.58	R\$ 45,24

Totalizador

N° de USOs: 390
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 226,20

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 390
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 226,20

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 390
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 226,20

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

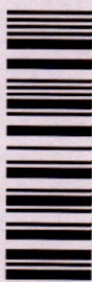
Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/03/2021 12:00

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



210.250.62

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012 4-Data de Autorização 12/01/2012 5-Será Autorizado 8289090 6-Número da Guia Principal 474505 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1002025353850000001021 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome AMERICA OLIVEIRA TORRES 23/04/1967 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano FERNANDA DE ABREU TORRES

16-Adoção Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA 18-Número no CRO 12549 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81009405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101349879185 22-Nome do Contratado Exatante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES (1) 81009405 26-Nome do Profissional Exatante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 27-Número no CRO 12549 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7800	0,00	0,00			12/02/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dias Previsto Término do Tratamento 12/02/21 44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 7800 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 apresentado, solicito 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 para a realização do tratamento. 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 12/01/2012 C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA CNPJ 86.882.925-0001-29 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21 FERNANDA DE ABREU TORRES 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa



Tratamentos Odontológicos Completos

Drº Bruno Viscal Rocha
Cirurgião-Dentista
CRO_GO 12332

ODONTOCLÍNICA

Paciente: America Oliveira Tavares
Solicita Ra Panorâmica para planejamento
cirurgico e avaliação ortod.

[Signature]
Dr. Bruno Viscal Rocha
Cirurgião Dentista / Ortodontista
CRO-GO 12.332

Av. Goiás N° 315 Ed. Itamaraty Sala - 1004, Setor-Central Goiânia-GO
(Abaixo da Rua 02, ao lado do banco Itau)
Fone: (62) 3223-6222 / E-mail: bviscal@gmail.com

2-N



21025059

474512
INTERCÂMBIO12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

FERNANDA DE ABREU TORRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Faturar Empresa

(1) 81000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

39-Aut	40-Data de Realização	41 - Motivo da Glosa	42-Assinatura
--------	-----------------------	----------------------	---------------

1. 5 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 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466

THE

—

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

1111

U. I. U.

三、

—

2222

THE

—

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

1111

THE

47-Valor Total R\$

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

...cumprir as orientações do prof...

Received on 10/06/2010

ala local e Cadimbo da Empresa

11/11/11

1000



Tratamentos Odontológicos Completos

Drº Bruno Viscal Rocha
Cirurgião-Dentista
CRO_GO 12332

ODONTOCLÍNICA

Paciente: *Famanda de Alencar Gomes*
Solicita de Panorâmico para
Placamento Cimentado e avaliação
Orto.

Dr. Bruno Viscal Rocha
Cirurgião Dentista / Ortodontista
CRO-GO 12.332

Av. Goiás N° 315 Ed. Itamaraty Sala - 1004, Setor-Central Goiânia-GO
(Abaixo da Rua 02, ao lado do banco Itau)
Fone: (62) 3223-6222 / E-mail: bviscal@gmail.com

210.269.69

476193
INTERCÂMBIO12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
NOEMIA ALVES

06/08/1975025 - Faturar Empresa

Enviar - RX
(1) 81000405

17/02/21 xps

[illegible][illegible]

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

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

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

48- Total Franquia / Co-participação R\$

enquanto o profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Assim, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

_____/_____/_____, _____.
Assinatura do Representante da Empresa

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/2017

CIRO CENTRO INTEGRAL ODONTOLÓGICO

IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA

CNPJ 08.883.225/0001-39

52-Dia

11/11/2017



Tratamentos Odontológicos Completos

Drº Bruno Viscal Rocha
Cirurgião-Dentista
CRO_GO 12332

ODONTOCLÍNICA

Pac. Nereida Alves

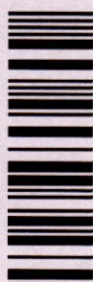
*Solicito Rx panorâmica para
planejamento cirurgico e
avaliação dse
Tamanho Real 1.1*

Dr. Bruno Viscal Rocha
Cirurgião Dentista / Ortodontista
CRO-GO 12.332

Av. Goiás Nº 315 Ed. Itamaraty Sala - 1004, Setor-Central Goiânia-GO
(Abaixo da Rua 02, ao lado do banco Itau)
Fone: (62) 3223-6222 / E-mail: bviscal@gmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



210.269.38

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/02/21 4-Data de Autorização 17/02/21 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8296506 7-Data Validade da Serinha 13/05/21 476197 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

100202533660500000101021

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAIMUNDA ALVES MARTINS

06/10/1977

14-Telefone

15-Nome do titular do plano NOEMIA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN

C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA

18-Número no CRO 12549

19-UF GO

20-Código CBO S 09

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

101349879185

22-Nome do Contratado Executante

ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

23-Número no CRO 12549

24-UF GO

25-Código CNES

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante

ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

27-Número no CRO 12549

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,80	0,00			17/02/21		RAIMUNDA
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Término do Tratamento

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

7,80

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 apresentado, 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 seguinte salientação. 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Endereço da Empresa

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA
R.N.P. 86 442 925-0001

Alves



Tratamentos Odontológicos Completos

Drº Bruno Viscal Rocha
Cirurgião-Dentista
CRO_GO 12332

ODONTOCLÍNICA

Raimunda Alves Martins
Solicito Rx panorâmico para
Planejamento cirurgico e avaliação
osse.

Dr. Bruno Viscal Rocha
Cirurgião Dentista / Ortodontista
CRO-GO 12.332

Av. Goiás N° 315 Ed. Itamaraty Sala - 1004, Setor-Central Goiânia-GO
(Abaixo da Rua 02, ao lado do banco Itau)
Fone: (62) 3223-6222 / E-mail: bviscal@gmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



469090
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/10/2011 4-Data de Autorização 05/10/2011 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8264557 7-Data Validade da Semna 04/10/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020215342388000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VALDECI MARTINS COELHO 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano VALDECI MARTINS COELHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN 17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA 18-Número no CRO 12549 19-UF GO 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101349879185 22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES 26-UF GO 29-Código CRO S

26-Nome do Profissional Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7	8,00	0,00			05/10/2011		Valdeci
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/10/2011 44-Tipo de Abandono 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 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(ram) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CIRCO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLÓGICA S/S LTDA
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
Valdeci Martins Coelho



Tratamentos Odontológicos Completos

Drº Bruno Viscal Rocha
Cirurgião-Dentista
CRO_GO 12332

ODONTOCLÍNICA

Valdeci Martins Coelho.

Solista radiográfico

Periaparômica tamanho real 1:1.
para planejamento cirúrgico.

27/01/21.

Dr. Bruno Viscal Rocha
Cirurgião Dentista / Ortodontista
CRO-GO 12.332

Av. Goiás N° 315 Ed. Itamaraty Sala - 1004, Setor-Central Goiânia-GO
(Abaixo da Rua 02, ao lado do banco Itau)
Fone: (62) 3223-6222 / E-mail: bviscal@gmail.com