



303213
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 7490992	7-Data Validade da Senha 16/10/2012
--------------------------	---	------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025075171100028201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ELAINE CRISTINA GUAZELI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA GUAZELI
		14/08/1979	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	18-Número no CRO 117199	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36970885801	22-Nome do Contratado Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	23-Número no CRO 117199	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	27-Número no CRO 117199	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -

Drª Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP 117.199

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento											
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/06/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/06/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/06/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/06/20		
5	0085100031	CLAREAMENTO A LASER	AS		1	2575,00	1184,50		P			
6	0085100031	CLAREAMENTO A LASER	AI		1	2575,00	1184,50		P			
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 5294,00	47-Valor Total R\$ 2369,00	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 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 01/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/06/20
---------------	---	---	---	---

Drª Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199



312813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2015	4-Data de Autorização 14/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7559896	7-Data Validade da Senha 11/10/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202507517100028201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ELAINE CRISTINA GUAZELI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA GUAZELI
		14/08/1979	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 117199	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	Dr ^a Danielle de Almeida Silva Cirurgiã Dentista CROSP: 117.199
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	23-Número no CRO 117199	24-UF SP	25-Código CNES		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36970885801	22-Nome do Contratado Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	27-Número no CRO 117199	28-UF SP	29-Código CBO S		
26-Nome do Profissional Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA						

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	18/05/20		Elaine
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	18/05/20		Elaine
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	21/05/20		Elaine
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	21/05/20		Elaine
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	25/05/20		Elaine
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	25/05/20		Elaine
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	25/05/20		Elaine
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	29/05/20		Elaine
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	29/05/20		Elaine
10	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/05/20		Elaine
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 583,00	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 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 29/05/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/05/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/05/20 Elaine C. Guazeli	53-Data, local e Carimbo de Empresa [Carimbo]
--	--	---	--

Dr^a Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199



289498
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7416438	7-Data Validade da Senha 17/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202507367000523101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS
11-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano JEFFERSON FRANCISCO	
13-Nome JEFFERSON FRANCISCO	14-Telefone () 8131-7517	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	18-Número no CRO 117199	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36970885801	22-Nome do Contratado Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	23-Número no CRO 117199	24-UF SP
25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	27-Número no CRO 117199	28-UF SP
		29-Código CBO S	

Dra Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88,00	0,00			12/03/2012		
2	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/02/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			15/05/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			15/05/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			15/05/2012		
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			13/05/2012		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 266,00	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 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
Alterada a Guia de temporária para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/03/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/03/2012
---	---	---	--

Dra Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Cancel 296786

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autenticação 27/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7428555	7-Data Validade da Senha 21/10/2015
Dados do Beneficiário			2-AN		
8-Número da Carteira 00202507367000523102			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS			11-Data Validade da Carteira		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Data Validade da Carteira		
14-Telefone () 813117517			15-Nome do titular do plano JEFFERSON FRANCISCO		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA		
18-Número no CRO 117199			19-UF SP		
20-Código CBO S			21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36970885801		
22-Nome do Contratado Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA			23-Número no CRO 117199		
24-UF SP			25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA			27-Número no CRO 117199		
28-UF SP			29-Código CBO S		

291784
INTERCÂMBIO

025 -
Faturar Empresa

Dra. Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199

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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			05/03/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			20/05/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			20/05/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			20/05/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			20/05/20		
6-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/02/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 239,00	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 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 21/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/05/20
---------------	---	---	---	---

Dra. Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199

1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
12/3/10 4/12/04-Data de Autorização
10/7/10 5/12/05-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
75252097-Data Validade da Senha
12/2/10 7/12/0308141
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202510550601812702

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

/ / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JOAO PEDRO LOPES DOS SANTOS

17/12/2004

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

ELISETE LOPES DA SILVA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

DANIELLE DE ALMEIDA SILVA

18-Número no CRO

117199

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

36970885801

22-Nome do Contratado Executante

DANIELLE DE ALMEIDA SILVA

23-Número no CRO

117199

24-UF

SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

DANIELLE DE ALMEIDA SILVA

27-Número no CRO

117199

28-UF

SP

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	11/05/20		
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/04/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
7-									S			
8-									S			
9-									S			
10-									S			
11-									S			
12-									S			
13-									S			
14-									S			
15-									S			

43-Data Previsão 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

235,00

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 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

25/05/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

25/05/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25/05/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

25/05/20

D^{ra} Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista

CROSP: 117.199



308144
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/04/20	4-Data de Autorização 07/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7525244	7-Data Validade da Senha 22/07/20
Dados do Beneficiário			10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510550601812701			9-Plano POS REDE PRESTADORA	15-Nome do titular do plano ELISETE LOPES DA SILVA SANTOS	
13-Nome ELISETE LOPES DA SILVA SANTOS			14-Telefone () -	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 117199	19-UF SP	25-Código CNES
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA		23-Número no CRO 117199	24-UF SP	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36970885801			22-Nome do Contratado Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA		
26-Nome do Profissional Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA			27-Número no CRO 117199	28-UF SP	

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/04/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	V	1	61,00	0,00		S	11/05/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	11/05/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	15/05/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	15/05/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00		S	15/05/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	15/05/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	20/05/20		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	20/05/20		
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	25/05/20		
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	18/05/20		
12	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00		S			
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 705,00	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 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

Drª Danielle de Almeida Silva

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
18/05/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/05/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/05/20

53-Data, local e Assinatura da Empresa
18/05/20

Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199