OdontoLife

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: COMPANHIA DO SORRISO LTDA

CNPJ: 02045239000103 (COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA))

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4550/PE — Cirurgião Dentista: (13774) - TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
365001 - I	WALTER CHAGAS (00202531390100000101)		27/08/2020	300	0.3	R$ 90,00
365045 - I	WILLAMYS JOSE DE ALBUQUERQUE (00202531390100000104)		27/08/2020	266	0.3	R$ 79,80
372985 - I	EDVANIA MARIA DA SILVA (00202531845000000101)		10/09/2020	266	0.3	R$ 79,80
373030 - I	WANDERSON GUILHERME DA SILVA (00202531845000000103)		10/09/2020	178	0.3	R$ 53,40
374566 - I	ALICIA SANTOS SANTANA (00202525307100073601)		14/09/2020	178	0.3	R$ 53,40
403871 - I	JOAO ALEXANDRE SANTOS CORDEIRO DA SILVA (00202532466700000101)		23/10/2020	571	0.3	R$ 171,30
407739 - I	CLAUDILENE MATOS SILVA (00202533095300000101)		29/10/2020	478	0.3	R$ 143,40
433920 - I	CHARLENE CUSTODIA DO NASCIMENTO SILVA (00202533927900000101)		03/12/2020	537	0.3	R$ 161,10
440207 - I	LUIZ HENRIQUE CORREIA DE ARRUDA JUNIOR (00202509451100002901)		14/12/2020	122	0.3	R$ 36,60

Totalizador

N° de USOs: 2896

N° de atendimentos: 9

Valor: R$ 868,80

CRO: 2362/PE — Cirurgião Dentista: (13782) - LUIZ MARQUES DE MELO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
431111 - I	JOAS CRISPIM DA CRUZ (00202531314200000102)		01/12/2020	160	0.3	R$ 48,00

Totalizador

N° de USOs: 160

N° de atendimentos: 1

Valor: R$ 48,00

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 3056

N° de atendimentos: 10

Valor: R$ 916,80

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 1868 (3056)

N° de atendimentos: 10

Valor: (R$ 916,80)

560,40

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: 29/12/2020 11:14

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 433920
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 03/12/20
4-Data de Autorização: 10/12/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8115301
7-Data Validade da Senha: 03/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00202533927900001010
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: CHARLENE CUSTODIA DO NASCIMENTO SILVA 14/07/1983
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: CHARLENE CUSTODIA DO NASCIMENTO SILVA
16-Atendimento a RN: N

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante: COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)
18-Número no CRO: 4550
19-UF: PE
20-Código CBO S: 11
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 31193607404
22-Nome do Contratado Executante: TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
23-Número no CRO: 4550
24-UF: PE
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
27-Número no CRO: 4550
28-UF: PE
29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 65100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61	00	00	S	10/12/20		Charlene
2	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00	00	S	10/12/20		Charlene
3	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61	00	00	S	10/12/20		Charlene
4	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61	00	00	S	10/12/20		Charlene
5	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61	00	00	S	10/12/20		Charlene
6	00851002001	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DP	1	88	00	00	S	10/12/20		Charlene
7	00853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	10/12/20		Charlene
8	00853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	10/12/20		Charlene
9	00853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	10/12/20		Charlene
10	00853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	10/12/20		Charlene
11									S	10/12/20		Charlene
12									S	10/12/20		Charlene
13												Charlene
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 10/12/2020

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 UB: 537,00

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

49-Observação:

Drª Tércia Nápoles
Cirurgiã Dentista
CPF: 351.936.074 - 04
CRO - 4550

Drª Tércia Nápoles
Cirurgiã Dentista
CPF: 351.936.074 - 04
CRO - 4550

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 10/12/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/12/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/12/20 Charlene Custodia

53-Data, local e Carimbo da Empresa: COMPANHIA DO SORRISO

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 403871
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/10/20	30/11/20	AUTORIZADO	7991776	21/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202532466700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO ALEXANDRE SANTOS CORDEIRO DA SILVA 22/08/1997	( ) -	JOAO ALEXANDRE SANTOS CORDEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)	4550	PE	11

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
36193607404	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	4550	PE	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	4550	PE	

025 -
Faturar Empresa

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-	00	85301004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/12/20		João
2-	00	85301004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/12/20		João
3-	00	85301004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/12/20		João
4-	00	85301004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/12/20		João
5-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		João
6-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		João
7-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		João
8-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		João
9-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		João
10	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		João
11	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		João
12										S	04/12/20		João
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
04/12/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	571,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
04/12/20	04/12/20	04/12/20 João	04/12/20 COMPANHIA DO SORRISO

DR. TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
CIRURGIÃ-DENTISTA
CPF: 361.936.074-49
CRO: 4550

DR. TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
CIRURGIÃ-DENTISTA
CPF: 361.936.074-49
CRO: 4550

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

440207
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/12/20	17/12/20	AUTORIZADO	8142311	14/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025094511000029 01	POS REDE PRESTADORA	TECSUL EQUIPAMENTOS E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZ HENRIQUE CORREIA DE ARRUDA JUNIOR 31/12/1993	( ) -	LUIZ HENRIQUE CORREIA DE ARRUDA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)	4550	PE	11

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
36193607404	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	4550	PE	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	4550	PE	

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-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OL	1	88,00	0,00		S	17 DEZ 2020		
2-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	17 DEZ 2020		
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
17 DEZ 2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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

CIA DO SORRISO

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
17 DEZ 2020 Tercia Napoles Cirurgiã Dentista CRO 4550	17 DEZ 2020 Tercia Napoles Cirurgiã Dentista CRO 4550	17 DEZ 2020 LUIZ HENRIQUE CORREIA DE ARRUDA JUNIOR	17 DEZ 2020

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

431111
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/12/20	05/12/20	AUTORIZADO	8104068	01/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531314200000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAS CRISPIM DA CRUZ 14/10/1976	( ) 9927-0680	NIEDJA LIMA CRISPIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LUIZ MARQUES DE MELO	2362	PE	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
1026120640	LUIZ MARQUES DE MELO	2362	PE	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ MARQUES DE MELO	2362	PE	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

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-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	42		1	73,00	0,00		S	05/12/20		JCC
2-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	45		1	73,00	0,00		S	05/12/20		JCC
3-	00	81004211	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	05/12/20		JCC
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
05/12/2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	160,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
05/12/2020	05/12/2020	05/12/2020 JCC	05/12/2020

Cirurgião Dentista
Dr. Luiz Marques
CRO 2362

Cirurgião Dentista
Dr. Luiz Marques
CRO 2362

COMPANHIA DO SORRISO

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 407739
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/10/20	20/11/20	AUTORIZADO	8007545	27/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205309530000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDILENE MATOS SILVA 22/05/1994	( ) -	CLAUDILENE MATOS SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)	4550	PE	11

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
36193607404	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	4550	PE	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	4550	PE	

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-	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	44		1	73,00	0,00		S	20/11/20		Claudi
2-	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	73,00	0,00		S	20/11/20		Claudi
3-	00	85109196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	20/11/20		Claudi
4-	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MDV	1	122,00	0,00		S	20/11/20		Claudi
5-	00	85109196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	20/11/20		Claudi
6-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VD	1	88,00	0,00		S	20/11/20		Claudi
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
20/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	478,00	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.

Drª Tércia Napoles
Cirúrgia Dentista
CPF: 361.936.074-04
CRO: 4550

Drª Tércia Napoles
Cirúrgia Dentista
CPF: 361.936.074-04
CRO: 4550

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
20/11/20	20/11/20	20/11/20 Claudilene Matos Silva	COMPANHIA DO SORRISO