

|                                      |                |                                |                     |               |                                       |
|--------------------------------------|----------------|--------------------------------|---------------------|---------------|---------------------------------------|
| <b>Nome Completo do Profissional</b> |                |                                | <b>Naturalidade</b> |               | <b>UF</b>                             |
| GABRIELA COSTA DE SOUZA              |                |                                | RECIFE              |               | PE                                    |
| <b>CPF</b>                           | <b>RG</b>      | <b>Data de Nascimento</b>      | <b>CRO</b>          | <b>UF CRO</b> | <b>Estado civil</b>                   |
| 105.986.224-70                       | 8.765.306      | 24/09/1992                     | 16208               | PE            | SOLTEIRA                              |
| <b>DDD</b>                           | <b>Celular</b> | <b>E-mail</b>                  |                     |               | <b>Responsável Técnico da Clínica</b> |
| 81                                   | 81997771804    | clinicabelosorriso13@gmail.com |                     |               | X                                     |

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

**Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife**

|                              | Sim                                 | Especialista             |                                                       | Sim                      | Especialista             |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Divulgar como clínico geral  | <input checked="" type="checkbox"/> |                          | Odontopediatria                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dentística Restauradora      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endodontia                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Odontogeriatría                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Periodontia                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ortopedia Funcional dos Maxilares                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia e Traumatologia BMF | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Patologia Bucal                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prótese Dentária             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Prótese Buco-Maxilo-Facial                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantodontia               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Estomatologia                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ortodontia                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | DTM e Dor-Orofacial                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                      |                |                                |                     |               |                     |
|--------------------------------------|----------------|--------------------------------|---------------------|---------------|---------------------|
| <b>Nome Completo do Profissional</b> |                |                                | <b>Naturalidade</b> |               | <b>UF</b>           |
| JOMARA LAENY FERREIRA VIEIRA         |                |                                | SERRA TALHADA       |               | PE                  |
| <b>CPF</b>                           | <b>RG</b>      | <b>Data de Nascimento</b>      | <b>CRO</b>          | <b>UF CRO</b> | <b>Estado Civil</b> |
| 075.784.334-40                       | 7.086.583      | 17/05/1989                     | 12304               | PE            | SOLTEIRA            |
| <b>DDD</b>                           | <b>celular</b> | <b>E-mail</b>                  |                     |               |                     |
| 81                                   | 81997771804    | clinicabelosorriso13@gmail.com |                     |               |                     |

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

**Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife**

|                              | Sim                                 | Especialista                        |                                                       | Sim                      | Especialista             |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Divulgar como clínico geral  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Odontopediatria                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dentística Restauradora      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endodontia                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Odontogeriatría                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Periodontia                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Ortopedia Funcional dos Maxilares                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia e Traumatologia BMF | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Patologia Bucal                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prótese Dentária             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Prótese Buco-Maxilo-Facial                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantodontia               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Estomatologia                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ortodontia                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | DTM e Dor-Orofacial                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |