

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/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
545634 - I	BRENO KELSON FELIX ALMEIDA (0020253558000000103)		08/05/2021	78	0.58	R\$ 45,24
552934 - I	VERILENE BANDEIRA PEREIRA (00202537195200000101)		17/05/2021	78	0.58	R\$ 45,24
558161 - I	TATIANA DA CRUZ MACHADO (00202537951500000101)		20/05/2021	84	0.6	R\$ 50,40

Totalizador

Nº de USOs: 240
Nº de atendimentos: 3
Valor: R\$ 140,88

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 240
Nº de atendimentos: 3
Valor: R\$ 140,88

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 240
Nº de atendimentos: 3
Valor: R\$ 140,88

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIOLOGIA E
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA S/S LTDA
CNPJ 86.882.925.0001-29

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 11:49

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



24066700

1-Registro ANS 4066414 3-Dia de Emissão da Guia 10/08/2004 4-Dia de Autorização 14/05/2011 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8566420 7-Dia Validade da Guia 10/06/2008 8-Data Validade da Guia 10/06/2008 9-Data Validade da Guia 10/06/2008

8-Número da Carteira 0102025355800000000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRENO KELSON FELIX ALMEIDA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano CLAUDENIRA DA CONCEICAO FELIX CARVALHO

16-Atendimento 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 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES 26-Código CRO S 27-Número no CRO 12549 28-UF GO 29-Código CRO S 30-Data de Realização 31-Aut. 40-Dia de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

26-Nome do Profissional Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 27-Número no CRO 12549 28-UF GO 29-Código CRO S 30-Data de Realização 31-Aut. 40-Dia de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut. 40-Dia de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

39-Aut. 40-Dia de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

43-Dia Previsão do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Faturamento 47-Valor Total R\$ 48-Tipo Franquia / Co-participação R\$

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 Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 73-Data, local e Assinatura da Empresa

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 75-Data, local e Assinatura da Empresa

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 79-Data, local e Assinatura da Empresa

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 81-Data, local e Assinatura da Empresa

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis
CRO/GO: 15.639
Cirurgia Oral Menor
Clínica Geral

PARA: BRENO KELSON FELIX ALMEIDA

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA
AVALIAÇÃO DE DENTES INCLUSOS E CANAL
MANDIBULAR.**

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

Goiânia, 28 de abril de 2021

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

Av T9 c/ Rua C212 nº 521 lt 10 S/2 Jardim América - Goiânia-GO

Fone: (62) 3996-0019



Disponibilidade para Vócher SODIR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



210.403.11

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 17/05/21	4-Data de Autorização 20/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8592289	7-Data Validade da Senha 15/08/21
--------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

552934
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 02020253719520000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 01/11/1982	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome VERILENE BANDEIRA PEREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VERILENE BANDEIRA PEREIRA
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01349879185	22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	18-Número no CRO 12549	19-UF GO	20-Código CRO S 025 -
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------

25-Nome do Profissional Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO	23-Número no CRO 12549	24-UF GO	26-Código CNES (1) 81000405	Faturar Empresa Enviar - RX
---	---------------------------	-------------	--------------------------------	--------------------------------

30-Tabela 1-0081000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Fase 1	35-Cid 78100	36-Quantidade US 0,00	37-Valor 5,20	38-Franquia/Co-participação R\$ 05/21	39-Aut 20/05/21	40-Data de Realização 20/05/21	41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura Verilene
---------------------------	--	----------------------	--------------	-----------------	--------------------------	------------------	--	--------------------	-----------------------------------	---

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	78100	0,00	5,20	05/21	20/05/21	20/05/21	Verilene	
2-0081000405											
3-0081000405											
4-0081000405											
5-0081000405											
6-0081000405											
7-0081000405											
8-0081000405											
9-0081000405											
10-0081000405											
11-0081000405											
12-0081000405											
13-0081000405											
14-0081000405											
15-0081000405											

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/05/2021	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Tot 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78100	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, 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), folio(ran realizado(s) com meu consentimento, no consultório. 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 15/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/21	53-Data, local e Cartão da Empresa 15/05/21
---	---	---	--

CIRO - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA
CNPJ: 08.862.832/0001-29

Barbara Pereira



Odonto Saúde

Dra. Sandra Cristhyna Rodrigues de Lima
Cirurgiã-dentista

Solicitação de Exame.

Solicito exame radiológico do
paciente Vandene Bandeira Leena
raio-x, panorâmica de toda
arcada sup e inf para possíveis
extrações.

Gyr

Dra. Sandra Cristhyna R. Lima
Cirurgiã Dentista

08/05/21

62 3996-3990

Rua X-4, Qd. X-7, Lt. 13, Sala 01, Jardim Brasil
(Próximo ao Supermercado Boticário)



558161
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2 0 1 0 5 1 2 1 4-Data de Autorização 2 1 1 0 5 1 2 1 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8611065 7-Data Validade da Serina 1 8 1 0 8 1 2 1

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 7 9 5 1 5 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome TATIANA DA CRUZ MACHADO 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano TATIANA DA CRUZ MACHADO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adesão a RN C.I.R.O - CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA ANHANGUERA 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 12549 19-UF GO 20-Código CRO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 3 4 9 8 7 9 1 8 5 22-Nome do Contratado Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 23-Número no CRO 12549 24-UF GO 25-Código CNES 025 - Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPIE (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO 27-Número no CRO 12549 28-UF GO 29-Código CRO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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
1-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RIS	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
2-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPSD	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
3-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
4-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
5-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
6-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
7-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
8-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
9-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
10-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
11-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
12-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
13-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
14-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
15-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
16-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
17-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
18-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
19-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
20-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
21-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
22-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
23-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
24-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
25-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
26-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
27-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
28-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
29-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
30-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
31-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
32-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
33-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
34-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
35-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
36-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
37-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
38-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
39-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
40-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
41-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
42-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
43-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
44-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
45-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
46-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
47-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
48-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa
49-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	X Glosa

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 Assinatura da Empresa

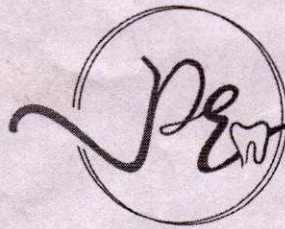
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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

43-Data Preliminar 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\$

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 61-Data, local e Assinatura da Empresa



Dra. Priscilla Rodrigues
CLÍNICA GERAL E ENDODONTIA - CRO 13611

Encaminhamento Radiográfico.

Paciente: TATIANA DA CRUZ MACHADO

() Periapical Total Check-up

- Detecção de lesões periapicais

(☒) Periapical dentes: 11, 21, 14, 24, 25, 34, 35, 37, 47

() Interproximais pré-molares e molares direito e esquerdo

- Diagnosticar cáries proximais e oclusais

() Panorâmica

- Avaliação Canal Mandibular

Data: 18/05/21

Priscilla Rodrigues
Clínica Geral e Endodontia
CRO/GO. 13611

Avenida Paraná nº226 Setor Campinas

☎ 62 993701832

📷 @drapriscillarodrigues