



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



500714
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/03/12	4-Dia de Autuação 16/03/12	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8392333	7-Dia Validade da Serão 14/06/12
--------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025262118000000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/03/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 500714
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---

13-Nome

RAFAEL CARLOS ELTZ

22/08/1990

ATAIANA KEMPNER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CONTACT DENTAL	18-Número no CRO 69457	19-UF SP	20-Código CRO S 03	21-UF SP	22-Código CNES 025 - Enviar - RX
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	-------------	--

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF
17407914877

24-Nome do Contratado Executante
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

25-Nome do Profissional Executante
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

26-Número no CRO
69457

27-UF
SP

28-Código CRO S
(I) 85100218

29-UF
SP

30-Código CNES
(I) 85100218

31-UF
SP

32-Código CRO S
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifonejo	34-Fone	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moção da Glor	42-Assinatura
1-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	12.2.10.00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VLO	1	12.2.10.00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA	15	POV	1	12.2.10.00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
5-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-00	18.5.1.0.0.1.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Observação

46-Tipo de Tratamento

1-Total 2-Parcial

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Cartão da Empresa

54-Dia, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

55-Dia, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

56-Dia, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

57-Dia, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

58-Dia, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

59-Dia, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

60-Dia, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

61-Dia, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



2-N

496151
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614	2-Data de Emissão da Guia 11/01/2013 12:11	3-Dados de Autorização 1161/0131/211	4-Sentença AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 8375595	7-Data Validada da Guia 10/18/2016 12:11
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

[illegible]

025 - Faturar Empresa		20-Código CBO 3 03		19-Uf SP	18-Número no CNO 69457	17-Nome do Profissional Solicitante CONTACT DENTAL		16-Atendimento a RN N
		25-Código CNES SP	24-Uf SP	23-Número no CNO 69457	22-Nome do Contratado Encarregado ANA PATRICIA CECE DELAFIORI		21-Código na Operadora (CNPJ) CNF 1174101791148177	
		29-Código CBO 5 SP	28-Uf SP	27-Número no CNO 69457	26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-1	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
3-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
4-0	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
5-0	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
6-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
7-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
8-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
9-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
10-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
11-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
12-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
13-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
14-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
15-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
16-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
17-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
18-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
19-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
20-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
21-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
22-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
23-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
24-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
25-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
26-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
27-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
28-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
29-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
30-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
31-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
32-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
33-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
34-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
35-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
36-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
37-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
38-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
39-1	0	0	8	5	3	0	0	0	0	4	7	
40-1	0	0	8	5	3</							

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 acatar com os custos previstos e a ser cobrados pelo profissional. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (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.

CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA

CNPJ: 26.888.247/0001-84

RUA BERTIHOA, 23 - PÇA DA 'TAVORE

SAC PAULI SP/CH.05P.17.2.2.3



100% eficaz para dor forte

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



496122
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/03/12/11	4-Data de Autorização 11/01/03/12/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8375436	7-Data Validade da Série 01/08/10/16/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Data de Recebimento 01/02/10/12/15/12/11/18/10/10/10/11/10/11	9-Paciente POS REDE PRESTADORA	10-Estabelecimento DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	-----------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ATAIANA KEMPNER	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ATAIANA KEMPNER															
16-Assinatura a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CONTACT DENTAL	18-Número no CRO 69457	19-UF SP	20-Código CRO S 03	21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1171410171911418171711	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI	23-Número no CRO 69457	24-UF SP	25-Código CNES 69457	26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI	27-Número no CRO 69457	28-UF SP	29-Código CRO S	30-Valor 025 -	31-Valor Faturar Empresa

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1-10	101010101310	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	13,4	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
2-10	101010101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	13,6	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
3-10	101010101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	13,6	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
4-10	101010101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	13,6	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
5-10	101010101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	13,6	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
6-1	101010101417											
7-1	101010101417											
8-1	101010101417											
9-1	101010101417											
10-1	101010101417											
11-1	101010101417											
12-1	101010101417											
13-1	101010101417											
14-1	101010101417											
15-1	101010101417											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 117,8	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/03/12/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/03/12/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/03/12/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/03/12/11/11
--	--	--	--

Dra. Ana Patrícia Cecci Delafiori
Cirurgiã Dentista
CRQSP 69457

Dra. Ana Patrícia Cecci Delafiori
Cirurgiã Dentista
CRQSP 69457

CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA
RUA BERTOLINI, 23 - PÇA. B. ARNORE
SAC. PAU - SP / CRQSP 17.229

2-N^oPlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Figure 1

referentes ao tratamento realizado, compo-

49-Observação

08/02/20

St. John's



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-UP



505404
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2013	4-Data de Autorização 12/10/2013	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8408328	7-Data Validade da Seria 12/10/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010121012535811281010101011011	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/10/2016	12-Número do Cartão Nacional do Saúde
13-Nome IZABELA DOS SANTOS SILVA	01/08/1993	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IZABELA DOS SANTOS SILVA	

16-Indicador de R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante CONTACT DENTAL	18-Número no CRO 69457	19-UF SP	20-Código CRO 3 03	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1171410179114877111	22-Nome do Contratado Exatante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI	23-Número no CRO 69457	24-UF SP	25-Código CHES 26-Nome do Profissional Exatante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI	27-Número no CRO 69457	28-Código CRO 3 SP	29-Código CHES	30-Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--	---	---------------------------	-------------	---	---------------------------	-----------------------	----------------	--------------------

30-Item	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	010	8.5.1.0.0.1.9.6	16	0	1	6.1	0.0	0.0	1	12/10/2013		
2	010	8.5.1.0.0.1.9.6	17	0	1	6.1	0.0	0.0	1	12/10/2013		
3	010	8.5.1.0.0.1.9.6	45	0	1	6.1	0.0	0.0	1	12/10/2013		
4	010	8.5.1.0.0.1.9.6	46	0	1	6.1	0.0	0.0	1	12/10/2013		
5	010	8.5.1.0.0.1.9.6	47	0	1	6.1	0.0	0.0	1	12/10/2013		
6	010	8.5.1.0.0.1.9.6	25	0	1	6.1	0.0	0.0	1	12/10/2013		
7	010	8.5.1.0.0.1.9.6	26	0	1	6.1	0.0	0.0	1	12/10/2013		
8	010	8.5.1.0.0.1.9.6	27	0	1	6.1	0.0	0.0	1	12/10/2013		
9	010	8.5.1.0.0.1.9.6										
10	010	8.5.1.0.0.1.9.6										
11	010	8.5.1.0.0.1.9.6										
12	010	8.5.1.0.0.1.9.6										
13	010	8.5.1.0.0.1.9.6										
14	010	8.5.1.0.0.1.9.6										
15	010	8.5.1.0.0.1.9.6										

43-Data Previsto 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\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	48.810.00	0.00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2013/RA 137	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2013/RA 137	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2013/RA 137	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2013/RA 137
Dra. Ana Patricia Cecchi Delafiori Cirurgiã Dentista CROSP 69457	Dra. Ana Patricia Cecchi Delafiori Cirurgiã Dentista CROSP 69457		
CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA CNPJ: 26.888.247/0001-80 RUA BERTOLGA, 23 - PÇA DA LAMARE SÃO PAULO - SP / CROSP 17.229			

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CIRD		19-UF		20-Código CIRD 3		21-Atividade	
N		CONTACT DENTAL		69457		SP		03		025 - Faturar Empresa	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF				23-Nome do Contratado Executante				24-Número no CIRD			
17410791148777				ANA PATRICIA CECE DELAFIORI				69457			
25-Nome do Profissional Executante				26-Número no CIRD				27-UF			
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI				69457				SP			
								28-Código CIRD 3			
								29-Código CIRD 3			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Ítala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41- Motivo da Cessa 42-Semana	
1-0	018	53	010	014	7							
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			13,6	10,0			01/03/2017		
2-0	018	53	010	014	7							
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			13,6	10,0			01/03/2017		
3-0	018	53	010	014	7							
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			13,6	10,0			01/03/2017		
4-0	018	53	010	014	7							
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			13,6	10,0			01/03/2017		
5-0	018	10	010	03	0							
		CONSULTA ODONTOLÓGICA				13,4	10,0			01/03/2017		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

42-Cota Prevista Termino 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

1 1 7 8 0 0

47-Valor Total R\$

0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, concordo 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), (solfo/em realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a depositar 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

PACIENTE CLÍNICA ODONTOLÓGICA

60-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>[Assinatura]</i> Data: 12/10/2017 Dr(a) Patrícia Cecchi Delafiori Clínica Dentista CROSP/69457	61-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>[Assinatura]</i> Data: 12/10/2017 Dr(a) Ana Patrícia Cecchi Delafiori Clínica Dentista CROSP/69457	62-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>[Assinatura]</i> Data: 12/10/2017 RUBEN DE ODESSA RODRIGUES DA SILVA CPF: 088.247.0001-60 Rua: BEF-106A-23, POCA D'ÁZARORE S/A - PAU - SP/CNPJ 17.225	63-Dia, local e Caminho da Empresa 12/10/2017 Data: 12/10/2017
---	---	---	--

STACI DENTALE CLINICA ODONTOLÓGICA

CNPJ: 26.888.247/0001-50
RUA BENFIOGA 23 - PÇA DA ALVORE
SÃO PAULO - SP / CEP 05722-900