



379563
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2019	4-Data de Autorização 28/08/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7887959	7-Data Validade da Senha 20/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531744200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLICIA LIMA	14-Telefone 26/08/1994 (11) 981696979	15-Nome do titular do plano CLICIA LIMA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE	18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847219816	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE	23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE	27-Número no CRO 70971	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/09/20		Clícia
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Clícia
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Clícia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Clícia
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Clícia
6												
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 178,00	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 28/09/2019 Clícia Lima	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 28/09/2019 Clícia Lima	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/2019 Clícia Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



372838
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7859459	7-Data Validade da Senha 10/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 000202531681300000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROBERT GOMES DOS REIS 30/12/2003			14-Telefone (19) 988366085	15-Nome do titular do plano ROSELANE GOMES DA CRUZ CARDOSO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE		18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847219816		22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE		23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES Envia - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE				27-Número no CRO 70971	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00		S	22/09/20		
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MO	1	88,00	0,00		S	22/09/20		
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	22/09/20		
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 442,00	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 23/09/20 CRO 70971 Dra. Luciana Mengoni	51-Data, local e Assinatura do Cliente-Dentista 23/09/20 CRO 70971	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 23/09/20 Roselane Gomes da Cruz Cardoso	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2020	4-Data de Autorização 22/09/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7859441	7-Data Validade da Senha 09/12/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

372833
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202531681300000101		13-Nome ROSELANE GOMES DA CRUZ CARDOSO		14-Telefone (19) 988396085		15-Nome do titular do plano ROSELANE GOMES DA CRUZ CARDOSO		30/08/1981	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 70971		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847219816		22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE		23-Número no CRO 70971		24-UF SP		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE		27-Número no CRO 70971		28-UF SP		29-Código CBO S		205 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE																									

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			22/09/20
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S			22/09/20
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S			22/09/20
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S			22/09/20
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S			22/09/20
6-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S			22/09/20
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 Profissional Solicitante 22/09/2020 Luciana Mingone Leite CRO 70971	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 22/09/2020 Luciana Mingone Leite CRO 70971	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/09/2020 Roselane Gomes da Cruz Cardoso	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------



371210
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 22/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7853100	7-Data Validade da Senha 07/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529234200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EUNICE ALVES FRAGA DE OLIVEIRA		14-Telefone 19 982760325	15-Data de Nascimento 26/11/1966		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE	18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847219816	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE	23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE		27-Número no CRO 70971	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100200

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	26	MO	1	88,00	0,00			22/09/2012		Luciana
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	MO	1	88,00	0,00			22/09/2012		Luciana
3-												
4-												
5-												
6-												
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 176,00	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 22/09/2012 CRO 70971 Luciana Mingo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 22/09/2012 CRO 70971 Luciana Mingo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 22/09/2012 Eunice alv	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--



364949
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/20	4-Data de Autorização 08/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7825476	7-Data Validade da Senha 25/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529234200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EUNICE ALVES FRAGA DE OLIVEIRA 26/11/1966		14-Telefone (11) 98276-0325		15-Nome do titular do plano EUNICE ALVES FRAGA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE	18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847219816	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE	23-Número no CRO 70971	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE		27-Número no CRO 70971	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/08/20		Eunice
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/09/20		Eunice
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/09/20		Eunice
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/09/20		Eunice
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/09/20		Eunice
6-	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	122,00	0,00		S	08/09/20		Eunice
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 300,00	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 Profissional Dentista 08/09/2020 Luciana Mengoni CRO 70971	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 08/09/2020 Luciana Mengoni CRO 70971	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/2020 Eunice Alves Fraga de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



379588
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/09/12/01	4-Data de Autorização 12/8/10/9/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7888069	7-Data Validade da Senha 12/01/12/12/01
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 000202531744200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome LIA SOPHIA LIMA DA SILVA			15-Nome do titular do plano CLICIA LIMA		
14-Tel/fone (11) 981696979			01/08/2013		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MINGONE LEITE		18-Número no CRO 70971	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847219816		22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MINGONE LEITE		23-Número no CRO 70971	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MINGONE LEITE		27-Número no CRO 70971		28-UF SP	29-Código CBO S
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218					

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-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/09/20		Clícia
2-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			28/09/20		Clícia
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	54	MOD	1	122,00	0,00			28/09/20		Clícia
4-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	55	MOD	1	122,00	0,00			28/09/20		Clícia
5-												
6-												
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 350,00	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, 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 28/09/20 Clícia	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 28/09/20 Clícia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/20 Clícia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	--	--

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

CRO: 70971/SP

Cirurgião Dentista: (2218) - LUCIANA MINGONE LEITE

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
379563 - I	CLICIA LIMA (00202531744200000101)		21/09/2020	178	0.38	R\$ 67,64
364949 - I	EUNICE ALVES FRAGA DE OLIVEIRA (00202529234200000101)		27/08/2020	300	0.38	R\$ 114,00
371210 - I	EUNICE ALVES FRAGA DE OLIVEIRA (00202529234200000101)		08/09/2020	176	0.38	R\$ 66,88
379588 - I	LIA SOPHIA LIMA DA SILVA (00202531744200000103)		21/09/2020	350	0.38	R\$ 133,00
372838 - I	ROBERT GOMES DOS REIS (00202531681300000102)		10/09/2020	442	0.38	R\$ 167,96
372833 - I	ROSELANE GOMES DA CRUZ CARDOSO (00202531681300000101)		10/09/2020	239	0.38	R\$ 90,82

Totalizador por Operadora					
N° de USOs:					1685
N° de atendimentos:					6
Valor:					R\$ 640,30

Totalizador					
N° de USOs:					1685
N° de atendimentos:					6
Valor:					R\$ 640,30

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: 29/09/2020 10:42