

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



A divulgação da substituição de prestador de serviço de atenção à saúde não hospitalar cumpre o disposto na **IN 56**, de 11.12.14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Os dados referem-se a todos os planos privados de assistência à saúde operados pela Fundação Libertas.**

Planos: SCPA-08 – Minascaixa; SCPA-06 – Fundação Libertas; SCPA-14 – Plano da Prodemge

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|------------------------------|---|
| Nome | ALCIMAR GONCALVES DOS SANTOS | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 195.848.656-68 | |
| Endereço | RUA AIMORÉS, 200 | |
| Bairro | FUNCIONÁRIOS | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | NEFROLOGIA | |
| Data de término da prestação do serviço: | 28/09/2021 | |

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| Nome | ALVIMAR AFONSO BARBOSA | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 254.050.476-00 | |
| Endereço | RUA TOMAZ GONZAGA, 802, SALA 301 | |
| Bairro | LOURDES | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Nome | CESAR LUIZ FERREIRA DE ANDRADE LIMA | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 140.826.086-72 | |
| Endereço | RUA PROF OTAVIO COLEHO MAGALHAES, 111 | |
| Bairro | MANGABEIRAS | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Nome | CHARLES CARVALHO CASTRO | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 255.933.316-34 | |
| Endereço | AV. BERNARDO MONTEIRO,890, SALA 301 | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | ALERGIA E IMUNOLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|------------------------------|---|
| Nome | CHRISTIANE VILELA GONCALVES | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 033.632.886-97 | |
| Endereço | AV. CONTORNO, 9636, SALA 901 | |
| Bairro | BARRO PRETO | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | TERAPIA OCUPACIONAL | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|--|---|
| Nome | CLÍNICA DE OLHOS DANIEL PATRUS LTDA ME | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 05.275.053/0001-39 | |
| Endereço | AV. RIO GRANDE DO NORTE, 87, SALA 104 | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CLÍNICA | |
| Espec./serviço | OFTALMOLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|---|---|
| Nome | CLÍNICA RADIOLOGICA JAVERT BARROS LTDA | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 19175561000150 | |
| Endereço | AV. RIO GRANDE DO NORTE, 63, 1º E 2º ANDAR | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CLÍNICA | |
| Espec./serviço | RADIODIAGNOSTICO, MAMOGRAFIA, ULTRASONOGRAFIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|--|--|---|
| Nome | CORE CENTRO ODONTOLOGICO E RADIOGRAFIAS ESPECIALIZADAS | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 00.530.250/0001-33 | |
| Endereço | AV. CARIJOS, 424, SALA 2107 | |
| Bairro | CENTRO | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CLÍNICA | |
| Espec./serviço | RADIOLOGIA ODONTOLOGICA | |
| Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021 | | |

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|--|------------------------------|---|
| Nome | ELISABETH DAYRELL | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 345.123.066-68 | |
| Endereço | RUA TIMBIRAS, 2645, 2º ANDAR | |
| Bairro | SANTO AGOSTINHO | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | PEDIATRIA | |
| Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021 | | |

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|------------------------|---|
| Nome | FERNANDO LARA DE MOURA | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 155.362.206-59 | |
| Endereço | AV. AFONSO PENA, 2436 | |
| Bairro | FUNCIONÁRIOS | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | CLÍNICA MÉDICA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|---|---|
| Nome | FERNANDO MORAES | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 001.045.406-30 | |
| Endereço | RUA RIO GRANDE DO NORTE, 726, SALA 1503 | |
| Bairro | FUNCIONÁRIOS | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | UROLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| Nome | IVANI BORGES DE ARAUJO | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 253.139.246-72 | |
| Endereço | RUA DOMINGOS VIEIRA, 273, SALA 706 | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | DERMATOLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|---|---|
| Nome | JOB DA MATA NETO | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 074.626.386-49 | |
| Endereço | AV PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, 1694, SALA 10 | |
| Bairro | CACHOEIRINHA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | PEDIATRA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|
| Nome | JOSE FERNANDO ROSSI | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 137.186.066-15 | |
| Endereço | RUA TUPIS, 343, SALA 1408 | |
| Bairro | CENTRO | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | CLÍNICA MÉDICA E HOMEOPATIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|---------------------------|---|
| Nome | MARCO IANI | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 246.398.696-49 | |
| Endereço | RUA CEARÁ, 195, SALA 906 | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | GINECOLOGIA E OBSTETRICIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|--|---|
| Nome | MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BRIZOLA | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 633.992.966-49 | |
| Endereço | RUA PRUDENTE DE MORAIS, 287, SALA 1008 | |
| Bairro | SANTO ANTÔNIO | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | PSICOLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|-------------------------------|---|
| Nome | PAULO TARSO OLIVEIRA LIMA | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 512.751.636-53 | |
| Endereço | AV AFONSO PENA, 526, SALA 314 | |
| Bairro | CENTRO | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | ALERGIA E IMUNOLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Nome | PEDRO NATAL DO NASCIMENTO | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 235.577.296-72 | |
| Endereço | RUA DOMINGOS VIEIRA, 587, SALA 1407 | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | CIRURGIA PLASTICA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| Nome | RENATO ALVES DE CASTRO JUNIOR | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 585.115.806-97 | |
| Endereço | AV PASTEUR, 89, SALA 1504 | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | CIRURGIA GERAL E CLÍNICA MÉDICA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Nome | ROBERLANDES CAMARA FERREIRA | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 162.899.866-00 | |
| Endereço | RUA DOMINGOS VIEIRA, 587, SALA 1505 | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | ANGIOLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|----------------------------|---|
| Nome | ROBERTO HURTADO | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 098.751.076-20 | |
| Endereço | AV BRASIL, 1701, SALA 1003 | |
| Bairro | FUNCIONÁRIOS | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | ANGIOLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|-------------------------------|---|
| Nome | RUBENS GUILHERME SRBEK ARAUJO | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 060.206.966-18 | |
| Endereço | RUA MARANHÃO, 774 | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| Nome | RUBENS JOSE DE OLIVEIRA | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 200.180.536-53 | |
| Endereço | RUA GRÃO PARÁ, 85, SALAS 401 E 403 | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | CARDIOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|------------------------------|---|
| Nome | WALTER COSTA GALVAO | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 001.139.056-53 | |
| Endereço | RUA DOS OTONI, 705, SALA 203 | |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | ANGIOLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|-------------------------------------|--|---|
| Nome | ZULIAN SILVA GALDINO | Conforme RN 365, sem atendimento nos últimos 12 meses |
| CNPJ/CPF | 044.138.066-20 | |
| Endereço | RUA PARACATU, 838, SALAS 101 E 107 | |
| Bairro | BARRO PRETO | |
| UF | MG | |
| Município | BELO HORIZONTE | |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | |
| Espec./serviço | ENDOSCOPIA DIGESTIVA E GASTROENTEROLOGIA | |

Data de término da prestação do serviço: 28/09/2021

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|---------------------|-------------------------------------|
| Nome | ODAIR GUIMARAES | JACQUELINE HEDVA KATINA |
| CNPJ/CPF | 051.317.666-72 | 445.547.296-72 |
| Endereço | RUA UBERABA, 415 | AV. AFONSO PENA, 3.355 SL 505 |
| Bairro | BARRO PRETO | FUNCIONARIOS |
| UF | MG | MG |
| Município | BELO HORIZONTE | BELO HORIZONTE |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | CONSULTORIO ISOLADO |
| Espec./serviço | OFTALMOLOGIA | OFTALMOLOGIA |
| Data de término da prestação do serviço: | | 28/09/2021 |

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|---------------------------|-------------------------------------|
| Nome | ALBERTO EDUARDO PERES | RICARDO MALAQUIAS DE MIRANDA |
| CNPJ/CPF | 087.322.216-49 | 07524692668 |
| Endereço | RUA GRAO PARA, 648 | RUA GRAO PARA, 648 |
| Bairro | SÃO LUCAS | SÃO LUCAS |
| UF | MG | MG |
| Município | BELO HORIZONTE | BELO HORIZONTE |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | CONSULTORIO ISOLADO |
| Espec./serviço | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| Data de término da prestação do serviço: | | 28/09/2021 |

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome | MARIA CELIA CIARLINI TEIXEIRA | ELISABETH COUTO CANCADO |
| CNPJ/CPF | 118.927.576-72 | 325.967.826-34 |
| Endereço | RUA GRAO PARA, 648 | AV. DO CONTORNO, 4045- SL 201 |
| Bairro | SÃO LUCAS | SÃO LUCAS |
| UF | MG | MG |
| Município | BELO HORIZONTE | BELO HORIZONTE |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | CONSULTORIO ISOLADO |
| Espec./serviço | OFTALMOLOGIA | OFTALMOLOGIA |
| Data de término da prestação do serviço: | | 28/09/2021 |

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|---------------------------|-------------------------------------|
| Nome | SILVESTRE SILVA DE MELO | RICARDO MALAQUIAS DE MIRANDA |
| CNPJ/CPF | 317.616.666-49 | 075.246.926-68 |
| Endereço | AVENIDA AFONSO PENA, 2436 | RUA GRÃO PARÁ, 648 |
| Bairro | FUNCIONÁRIOS | SÃO LUCAS |
| UF | MG | MG |
| Município | BELO HORIZONTE | BELO HORIZONTE |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | CONSULTORIO ISOLADO |
| Espec./serviço | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| Data de término da prestação do serviço: | | 28/09/2021 |

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| Nome | CAIO MARIO TRIVELATO SEABRA | ANDRE VIANNA PESSOA DE MENDONCA |
| CNPJ/CPF | 326.596.446-91 | 162.420.926-20 |
| Endereço | PROF ALFREDO BALENA, 189, SALA 806 | AV. FRANCISCO SALES, 1420, SALA 801 |
| Bairro | SANTA EFIGÊNIA | SANTA EFIGÊNIA |
| UF | MG | MG |
| Município | BELO HORIZONTE | BELO HORIZONTE |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | CONSULTORIO ISOLADO |
| Espec./serviço | OFTALMOLOGIA | OFTALMOLOGIA |
| Data de término da prestação do serviço: | | 28/09/2021 |

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Nome | VANIA REGINA FURIATTI DE SOUZA SILVA | JOMAR DE ABREU CUNHA |
| CNPJ/CPF | 382.505.516-72 | 133.610.666-20 |
| Endereço | AV. CRISTIANO MACHADO, 640, SALA 609 | RUA ARAGUARI, 708 |
| Bairro | BAIRRO DA GRAÇA | BARRO PRETO |
| UF | MG | MG |
| Município | BELO HORIZONTE | BELO HORIZONTE |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | CONSULTORIO ISOLADO |
| Espec./serviço | REUMATOLOGIA | REUMATOLOGIA |
| Data de término da prestação do serviço: | | 28/09/2021 |

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|----------------------------------|---|
| Nome | CAETANO MOREIRA DE FREITAS | ANDRE VIANNA PESSOA DE MENDONCA |
| CNPJ/CPF | 56028750697 | 162.420.926-20 |
| Endereço | RUA JUIZ DE FORA, 273, 11º ANDAR | AVENIDA FRANCISCO SALES, 1420, SALA 801 |
| Bairro | BARRO PRETO | SANTA EFIGÊNIA |
| UF | MG | MG |
| Município | BELO HORIZONTE | BELO HORIZONTE |
| Tipo | CONSULTORIO ISOLADO | CONSULTORIO ISOLADO |
| Espec./serviço | CARDIOLOGIA | CARDIOLOGIA |
| Data de término da prestação do serviço: | | 28/09/2021 |

| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|--|--|
| Nome | RADIOGRAF CLÍNICA DE RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA LTDA | SLICE DIAGNOSTICO VOLUMETRICO POR |
| CNPJ/CPF | 01.363.903/0001-08 | 09.454.726/0001-79 |
| Endereço | AVENIDA AFONSO PENA, 748, SALA 1304 | RUA SÃO PAULO, 1686 |
| Bairro | CENTRO | LOURDES |
| UF | MG | MG |
| Município | BELO HORIZONTE | BELO HORIZONTE |
| Tipo | UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) | UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) |
| Espec./serviço | RADIOLOGIA ODONTOLOGICA | RADIOLOGIA ODONTOLOGICA |
| Data de término da prestação do serviço: | | 28/09/2021 |

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|--|--|
| Nome | INST DE RADIOGRAFIAS DENTARIAS J RIBAMAR SIMAO LTD | CENTRO DE DOCUMENTACAO DE RADIOGRAFIAS ODONTOLOGICAS CRODORT |
| CNPJ/CPF | 16.621.096/0001-45 | 05.262.177/0001-80 |
| Endereço | AVENIDA AFONSO PENA, 526, CONJ 601 A 605 | RUA ALVARES CABRAL, 374, SALA 808 |
| Bairro | CENTRO | LOURDES |
| UF | MG | MG |
| Município | BELO HORIZONTE | BELO HORIZONTE |
| Tipo | UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) | UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) |
| Espec./serviço | RADIOLOGIA ODONTOLOGICA | RADIOLOGIA ODONTOLOGICA |
| Data de término da prestação do serviço: | 28/09/2021 | |

Atualização da Rede Credenciada - ref. Agosto/21



| Prestador de serviço DESCREDENCIADO | | Prestadores de serviços SUBSTITUTOS |
|---|--|---|
| Nome | NUCLEAR MEDCENTER LTDA | SERMIG SERV RADIOLOGIA E ULTRA SONOGRAFIA DE MINAS GERAIS L |
| CNPJ/CPF | 65.137.457/0001-98 | 21.693.445/0001-74 |
| Endereço | RUA JUIZ DE FORA, 115, 3º ANDAR | RUA DOS OTONI, 711 |
| Bairro | BARRO PRETO | SÃO LUCAS |
| UF | MG | MG |
| Município | BELO HORIZONTE | BELO HORIZONTE |
| Tipo | UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) | UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) |
| Espec./serviço | CLINICA DE EXAMES COMPLEMENTARES | CLINICA DE EXAMES COMPLEMENTARES |
| Data de término da prestação do serviço: | | 28/09/2021 |