

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonas Kauan Mathias

Nascimento: 24/09/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969109951

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonas Kawan Mathias dos Santos

Nascimento: 24/09/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971727050

E-Mail:

Alerta Médico: Sem Panorâmica

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonas Luiz Barbosa

Nascimento: 03/08/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonas Pacheco dos Santos Froes

Nascimento: 04/04/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33161474-984663820

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonas Pereira da Silva

Nascimento: 02/02/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970352871

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonas Pires de Almeida

Nascimento: 23/10/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993816471

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jonas Ribeiro Viana		
Nascimento:	03/02/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34051520-968140795	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 4	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jonata da Cruz Almeida		
Nascimento:	10/05/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985406586	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Ivanilda Santana Cruz	CPF Resp.Fin.:	009.061.815-77
<b>Nome:</b>	Jonata Gonçalves de Souza		
Nascimento:	17/06/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966705992	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 2	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jonata Moura Paiva		
Nascimento:	29/04/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979809620	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jonata Pedro barbosa		
Nascimento:	23/10/1995	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983864614	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jonatan Cley Pereira da Conceição		
Nascimento:	14/02/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990551615	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dentista 10	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonatan de Matos Novaes.

Nascimento: 14/03/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993468097

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatan Ferreira da Silva

Nascimento: 07/07/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990183258

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatan Marinho da Silva

Nascimento: 18/01/1987

Sexo: Masculino

CPF: 112.536.777-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969200898

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatan Pereira de Paula

Nascimento: 15/06/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatan Vicente da Rocha

Nascimento: 02/04/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974509901

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatas Campos Cordeiro

Nascimento: 04/06/1998

Sexo: Masculino

CPF: 158.699.307-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33778682

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonatas Cralos de Souza

Nascimento: 14/12/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965756741

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatas da Conceição Trancoso de Sá

Nascimento: 18/11/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatas da Silva Rezende

Nascimento: 05/05/1994

Sexo: Masculino

CPF: 152.739.377-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996344731

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatas da Silva Viera

Nascimento: 28/02/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35988966

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatas Jaciel da Rocha

Nascimento: 05/11/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964311909

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatas Moura dos Santos

Nascimento: 09/06/1948

Sexo: Masculino

CPF: 266.345.977-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984550512

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonatas Pereira Carvalho Gomes

Nascimento: 20/11/1990

Sexo: Masculino

CPF: 152.411.747-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34042708 974822944

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatas Silva dos Santos

Nascimento: 24/06/2005

Sexo: Masculino

CPF: 166.219.977-52

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980687153

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatha Barbosa da Silva

Nascimento: 18/03/1994

Sexo: Masculino

CPF: 166.245.697-27

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34091456

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonatha Francisco Alves

Nascimento: 27/07/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980152143

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Nascimento Guimaraes Pinto

Nascimento: 11/02/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987655303

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Albuquerque Oliveira

Nascimento: 26/11/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34271563+969292308

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonathan Alex Lima de Araujo

Nascimento: 20/05/1995

Sexo: Masculino

CPF: 135.745.567-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35928804 / 974056089

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Alves Mansoldo

Nascimento: 17/09/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24110845-34227541

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Policlínica Britânica

Carteira:

Resp. Fin.: Jacira Alves Mansoldo

CPF Resp.Fin.: 949.996.007-49

**Nome:** Jonathan Andrade da Conceição

Nascimento: 15/04/1992

Sexo: Masculino

CPF: 143.830.107-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990778516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Antunes

Nascimento: 21/03/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31573973-995667396

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Barbosa

Nascimento: 07/01/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995860994

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Barros Tartaruga

Nascimento: 26/04/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973389452

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonathan Bento R do Nascimento

Nascimento: 31/01/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33166398

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Botelho de Souza

Nascimento: 15/11/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964095348 / 26616599

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Flavia Mendes da Costa Medina

CPF Resp.Fin.:055.931.927-40

**Nome:** Jonathan Carneiro de Santana

Nascimento: 25/05/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997558281

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.: Edmilson Oliveira

CPF Resp.Fin.:033.225.617-04

**Nome:** Jonathan Cunha Aguiar

Nascimento: 06/12/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999946128

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimir a pan

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan da Costa de Souza

Nascimento: 15/10/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996461175

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan da Cruz Ferreira

Nascimento: 18/11/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990527968

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonathan da Silva

Nascimento: 26/07/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966787937

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan da Silva Martins

Nascimento: 20/02/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99808107

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan da Silva Martins

Nascimento: 20/02/2003

Sexo: Masculino

CPF: 148.051.667-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99808107

E-Mail:

Alerta Médico: SEM PANORÂMICA

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan da Silva Oliveira

Nascimento: 28/06/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975833967

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan de Lima Santos Roberto

Nascimento: 10/03/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98703-0327

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Deise Luci Portella de Lima

CPF Resp.Fin.:029.199.477-61

**Nome:** Jonathan de Paula Soares

Nascimento: 06/11/1992

Sexo: Masculino

CPF: 146.657.857-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990540550

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonathan de Sá Andrade Neves

Nascimento: 20/05/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965633887

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan de Sousa dos Santos

Nascimento: 16/09/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998660721

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan dos Santos

Nascimento: 29/04/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975532416

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan dos Santos Machado

Nascimento: 06/11/1992

Sexo: Masculino

CPF: 128.592.407-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974752638

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Elias Vicente Carvalho

Nascimento: 21/04/1994

Sexo: Masculino

CPF: 153.997.047-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991994822

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Feliciano da Silva

Nascimento: 08/01/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985368910

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonathan Gomes da Silva

Nascimento: 25/11/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974969477

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Jonny Silva

Nascimento: 17/03/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987601388

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Lira Pinho

Nascimento: 28/12/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34026462

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Lopes Pereira

Nascimento: 15/08/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 95502148

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Luiz Soares Magalhaes

Nascimento: 29/12/1996

Sexo: Masculino

CPF: 181.281.297-32

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24031494-990989420

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Luiz V. Soares

Nascimento: 09/11/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986503029

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonathan Matheus de O. Xavier

Nascimento: 10/09/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992443616

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Mauricio dias Pereira

Nascimento: 01/09/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Mendes Fischer

Nascimento: 16/07/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974570002

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Oliveira Ferreira

Nascimento: 01/07/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964839811

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Pinto Gomes

Nascimento: 21/08/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979009775

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Pires dos Anjos Silva

Nascimento: 17/10/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983260223

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonathan Ramos Capanema

Nascimento: 20/07/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964518360

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Robert Pereira da Silva

Nascimento: 03/08/1996

Sexo: Masculino

CPF: 168.148.887-69

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33540250

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Rodrigues da Silva

Nascimento: 12/02/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987145990

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Santos Cabral

Nascimento: 04/11/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34056140

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Santos de Almeida

Nascimento: 30/11/1992

Sexo: Masculino

CPF: 154.682.037-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24094511/966352160

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathan Silva de Oliveira

Nascimento: 09/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39685084

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonathan Soares Lopes

Nascimento: 07/08/1992

Sexo: Masculino

CPF: 137.792.967-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathans Ferreira de Oliveira

Nascimento: 11/09/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967060014

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathans Menezes de Peiva

Nascimento: 14/06/1986

Sexo: Masculino

CPF: 115.813.617-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975429883

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathas Barbosa da Silva

Nascimento: 12/06/1991

Sexo: Masculino

CPF: 154.182.527-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976076195

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathas Cavalcanti Leal

Nascimento: 12/09/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonathas de Farias Gomes

Nascimento: 16/02/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jonathas Jesus da Silva		
Nascimento:	27/10/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	139.520.697-01
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	990304760	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jonathas Luiz da Silva Correa Duarte		
Nascimento:	18/12/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	30854110 / 974508700	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jonathas Oliveira da Silva		
Nascimento:	12/01/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	186.261.707-42
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	985664554	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Marcel Jonas	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jonilson Francisco Andrade de Souza		
Nascimento:	26/12/1985	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	968326075	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jonilson Rodrigo Araujo Pedroso		
Nascimento:	15/03/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	975472009	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jonison Francisco Andrade de Souza		
Nascimento:	26/12/1985	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	116.311.187-22
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	968326075	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jonnas Rocha Moraes

Nascimento: 12/11/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31564277

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jonnhier Caro Chaves

Nascimento: 27/08/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jony Gleison do Nascimento

Nascimento: 24/12/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972204884

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jony Matheus Apostolico de Brito

Nascimento: 17/03/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971697168

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jordan Emanuel Damasceno Pereira

Nascimento: 05/05/1995

Sexo: Masculino

CPF: 062.797.257-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980316648

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jordan Luiz Ribeiro da Silva

Nascimento: 25/12/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975776034

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jordana da Silva Matos

Nascimento: 26/04/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34034538-987365304

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jordana da Silva Matos

Nascimento: 26/04/1990

Sexo: Feminino

CPF: 147.980.897-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34059172-987365304

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jordana Guimaraes

Nascimento: 12/07/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987945631

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jordânia dos Santos da Silva

Nascimento: 28/07/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989599381 / 986155714

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Flavia e Dra Marcela

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Maria Guimarães dos Santos

CPF Resp.Fin.:001.264.143-00

**Nome:** Jorge Alberto Francisco Martins

Nascimento: 10/07/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965864153

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Alberto Pinheiro Marques

Nascimento: 12/04/1988

Sexo: Masculino

CPF: 129.141.987-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964888956

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Alexandre da Silva Soares

Nascimento: 02/04/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988295328

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Alfredo Rezende Filho

Nascimento: 20/02/1994

Sexo: Masculino

CPF: 146.152.707-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39898803

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Alves da Coceição

Nascimento: 23/04/1946

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998954299

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Alves da Conceição

Nascimento: 23/04/1946

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998954299

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Alves da Conceição

Nascimento: 23/04/1946

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998954299

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Alves da Conceição

Nascimento: 23/04/1946

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998954299

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Alexandre da Silva Soares

Nascimento: 02/04/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988295328

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Andre Braga

Nascimento: 24/04/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969167913

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Andre de Alencar Abreu

Nascimento: 05/06/1976

Sexo: Masculino

CPF: 083.157.357-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96534866

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Andre de Freitas Toste

Nascimento: 13/04/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Andre de Freitas Tostes

Nascimento: 13/04/1968

Sexo: Masculino

CPF: 003.963.737-98

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24157748

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Antonio de Souza Coutinho

Nascimento: 23/04/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986651048

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Antonio Jose

Nascimento: 07/07/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964120364

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Antonio Jose Graciano

Nascimento: 07/07/1977

Sexo: Masculino

CPF: 080.511.797-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 78596297

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Antonio R. dos Santos

Nascimento: 21/10/1960

Sexo: Masculino

CPF: 608.674.427-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32924416-984724269

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Archanjo Junior

Nascimento: 21/04/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968528452

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Augusto Soares Biral

Nascimento: 20/07/1977

Sexo: Masculino

CPF: 076.345.497-46

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964995341

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Carlos da Silva Junior

Nascimento: 11/06/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965518832

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

---

**Cliente**


---

<b>Nome:</b>	Jorge Claudio da Costa Paraguassu		
Nascimento:	29/07/1972	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964085263	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Claudio da Silva		
Nascimento:	28/03/1976	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970126283	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Correa Camacho		
Nascimento:	18/06/1950	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31559392	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Correia		
Nascimento:	01/02/1962	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964393897	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Correia Sodre		
Nascimento:	11/07/1979	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	38841666-980933386	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge da Silva Tiengo		
Nascimento:	26/11/1971	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24152727	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge de Gouveia

Nascimento: 28/03/1943

Sexo: Masculino

CPF: 1297.725.077-8

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34273186

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge de Souza Lima

Nascimento: 23/04/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24185770

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Eduardo Souza Lima

Nascimento: 21/06/2002

Sexo: Masculino

CPF: 186.254.337-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30277126

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Evandro Barbosa da Silva

Nascimento: 03/04/1959

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34043777

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Fanger da Silva Xavier

Nascimento: 07/01/1992

Sexo: Masculino

CPF: 141.065.647-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965906387

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Felipe Cipriano Barreto

Nascimento: 04/03/1996

Sexo: Masculino

CPF: 159.359.297-32

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996135207

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jorge Felipe de Sousa Hortencio		
Nascimento:	09/08/1995	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	128.390.207-93
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33649220-986948866	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	jorgefelipedesousa@gmail.com
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Ferreira do Vale		
Nascimento:	23/04/1951	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Ferreira Frederico Filho		
Nascimento:	25/05/1990	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	139.532.247-35
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969470144	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Guedes Pinheiro		
Nascimento:	15/05/1968	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	012.500.477-06
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	21479645	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Henrique A. M. da Costa		
Nascimento:	16/03/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981369808	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dentista 10	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Henrique da C. A. dos Anjos		
Nascimento:	18/11/1988	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	134.958.977-20
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34648435	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Henrique Ferreira de Lima

Nascimento: 30/03/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989051571

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Henrique Severino

Nascimento: 01/02/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964432755

E-Mail:

Alerta Médico: Entregar no End. Coronel Agostinho 81 Sala 208 Tel: 33135353

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Honório dos Santos

Nascimento: 18/10/1948

Sexo: Masculino

CPF: 346.777.807-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34065044

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Ivan Rincon

Nascimento: 20/06/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969274741

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Jose da Silva

Nascimento: 29/03/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Jose da Silva

Nascimento: 15/10/1971

Sexo: Masculino

CPF: 687.510.364-87

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969994898

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jorge Lioi				
Nascimento:	01/06/1955	Sexo:	Masculino	CPF:	432.559.147-87
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	999749536			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Clinica L V - Lilian Vasques			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Lucas Silva dos Santos				
Nascimento:	22/10/1993	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	966415314			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Lucas Theodoto de Souza				
Nascimento:	05/07/1999	Sexo:	Masculino	CPF:	158.660.517-88
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	995871999			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Lucio Cachallo Rodrigues				
Nascimento:	23/04/1975	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964422301			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Unidental Clinica			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Luis Alves				
Nascimento:	22/04/1976	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	984216843			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Luis Alves				
Nascimento:	22/04/1976	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	984216843			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Luis Beato de Oliveira

Nascimento: 19/05/1967

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996596900

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luis de Oliveira

Nascimento: 23/04/1972

Sexo: Masculino

CPF: 102.512.087-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974121008

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luis de Oliveira Silva

Nascimento: 24/04/1976

Sexo: Masculino

CPF: 074.567.997-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976683423

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luis Guimarães dos Santos Ferreira

Nascimento: 18/12/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989599381

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Flavia e Dra Marcela

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Maria Guimarães dos Santos

CPF Resp.Fin.:001.264.143-00

**Nome:** Jorge Luis Labre dos Santos

Nascimento: 31/10/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964213535

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luis Martins Silva

Nascimento: 27/06/1965

Sexo: Masculino

CPF: 869.880.187-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24125847

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jorge Luiz Albuquerque O. Ladeira		
Nascimento:	21/04/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	144.824.657-12
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974596336	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Luiz Batista		
Nascimento:	11/04/1993	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	973488003	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Luiz Castro de Noronha		
Nascimento:	19/06/1975	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	971231900	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 2	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Luiz Cosmo de Alencar		
Nascimento:	16/11/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	173.256.677-10
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	996005087	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Luiz Cosmo de Alencar		
Nascimento:	16/11/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983156822	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Luiz Costa Pio		
Nascimento:	02/05/1965	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Luiz da Costa

Nascimento: 25/03/1957

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979021645

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luiz da Costa

Nascimento: 16/12/1974

Sexo: Masculino

CPF: 035.571.967-39

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984858399

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luiz da Silva

Nascimento: 30/01/1958

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34698459

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luiz de Almeida Dias Pereira

Nascimento: 09/03/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970068438

E-Mail: izinhoojl@gmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luiz de Jose Inacio

Nascimento: 11/12/1959

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969492645

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luiz de Souza Guiot

Nascimento: 23/04/1955

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964411088

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Luiz Ferreira dos Santos

Nascimento: 23/05/1971

Sexo: Masculino

CPF: 016.585.917-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976489635

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luiz Fleixeira da Costa

Nascimento: 21/09/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21 981956904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luiz Gomes Lobo

Nascimento: 23/04/1961

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24138022

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luiz Lopes Faria Soares

Nascimento: 15/07/1994

Sexo: Masculino

CPF: 130.524.647-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969561208

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luiz Marques de Macedo

Nascimento: 23/04/1967

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964307743

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Luiz Mendonça

Nascimento: 13/06/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 22 992318888

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jorge Luiz Rodrigues Alves		
Nascimento:	27/02/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34022147-979438886	E-Mail:	
Alerta Médico:	Paciente Optou por não fazer o dente isolado.		
Convênio:	Clinica Mofato	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Luiz Saloia M. da Silva		
Nascimento:	24/08/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	983030421	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Esthetic Implantes	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Luiz Soares		
Nascimento:	29/11/1966	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	969251718	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Matheus Cereser		
Nascimento:	07/04/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964391935	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Matheus O de Souza		
Nascimento:	15/08/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34096855	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Ortho Ômega	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jorge Matheus Pimentel de Oliveira		
Nascimento:	25/08/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	981752745	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Moraes Costa Junior

Nascimento: 08/03/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974583883

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Nei Oliveira Barbosa

Nascimento: 06/03/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991402701

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Nunes Costa

Nascimento: 27/02/1964

Sexo: Masculino

CPF: 853.923.917-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974578009

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Paes de Oliveira

Nascimento: 28/07/1954

Sexo: Masculino

CPF: 535.153.077-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24100453

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Patrick Ribeiro Gomes

Nascimento: 22/01/1997

Sexo: Masculino

CPF: 137.858.257-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34033104 / 992457617

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Pereira Galozio

Nascimento: 03/04/1948

Sexo: Masculino

CPF: 299.363.067-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975644306

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Peterson da Silva Farias

Nascimento: 11/09/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97493-2360

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Reis de Araujo Junior

Nascimento: 15/09/1977

Sexo: Masculino

CPF: 053.776.697-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987884314

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Ricchelli Pinto

Nascimento: 07/09/1997

Sexo: Masculino

CPF: 185.963.377-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981689891

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Roberto da Silva

Nascimento: 21/06/1978

Sexo: Masculino

CPF: 052.698.427-93

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998749630

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Rodrigues de Paula

Nascimento: 01/05/1951

Sexo: Masculino

CPF: 736.703.757-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34030846

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Rodrigues Dos Santos Junior

Nascimento: 19/02/1968

Sexo: Masculino

CPF: 002.491.527-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981557310

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Santos da Silva

Nascimento: 29/10/1960

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974354399

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Santos Maureli

Nascimento: 23/07/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983886658

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Santos Maurelli

Nascimento: 23/07/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983886658

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Soares Brunes

Nascimento: 20/02/1960

Sexo: Masculino

CPF: 746.371.777-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33132181

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Viana

Nascimento: 15/11/1955

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24152517 / 995124206

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Wallace Bastos de Abreu

Nascimento: 19/03/1985

Sexo: Masculino

CPF: 113.350.607-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964189563

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorge Washington dos Santos Junior

Nascimento: 05/03/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Welder Barros de Souza

Nascimento: 23/04/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995679894

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Welder Barros de Souza

Nascimento: 23/04/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31583605

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Wiliam Boaventura Nascimento

Nascimento: 18/10/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 024 998965201

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Natalia de Oliveira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorge Wilson Fernandes

Nascimento: 22/04/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico: imprimir na hora

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorgeane da FONSEC Ramalho

Nascimento: 13/01/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970444213

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jorgelina Elias da Cruz

Nascimento: 24/04/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986909218

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorgete de Mattos Martins

Nascimento: 20/01/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988961761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorgete de Mattos Martins

Nascimento: 20/01/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33369279

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorgiane Silva Pimenta

Nascimento: 24/04/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981001367

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorgina Perla Silva das Neves

Nascimento: 30/01/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 959064858

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jorgina Rimes Nagem

Nascimento: 23/04/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24057101

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josaedson Franco Lopes

Nascimento: 07/10/1970

Sexo: Masculino

CPF: 011.911.257-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992575804

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josani da Conceicao Pacheco Ferreira

Nascimento: 10/01/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96474-6727

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Adilson Mendes Pinto Junior

Nascimento: 09/07/1993

Sexo: Masculino

CPF: 012.075.562-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965320349

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Adriano Ferreira

Nascimento: 28/02/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990994574

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Adriano Rodrigues

Nascimento: 15/09/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980900272

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Adson fernandes de Oliveira

Nascimento: 22/08/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982917799

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Aercio da Silva Felizx

Nascimento: 03/01/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969482984

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Alberto Araujo Santos

Nascimento: 14/08/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987125245

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Aldir de Moraes

Nascimento: 17/07/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24111629

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Alexandre Barbosa Filho

Nascimento: 08/11/1958

Sexo: Masculino

CPF: 533.271.367-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987193763

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Alexsandro Flor

Nascimento: 09/09/1984

Sexo: Masculino

CPF: 051.012.274-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965560305

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Alvaro de Souza Matos

Nascimento: 07/11/1951

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998830083

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jose Alves				
Nascimento:	30/04/1960	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	991518908			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Amaro Gomes Rangel				
Nascimento:	29/10/1975	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964129549			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Juliana Abreu			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Amaro Santos de Araujo				
Nascimento:	09/02/1966	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:				E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Amauri C.Ribeiro				
Nascimento:	21/08/1993	Sexo:	Masculino	CPF:	144.739.997-85
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	965255994			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Amelio Zogbi Filho				
Nascimento:	23/06/1949	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33950055			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Antonio de Sa				
Nascimento:	12/08/1954	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	3108-1181			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Amor Saude			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jose Antonio de Sa		
Nascimento:	12/08/1954	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Antonio Machado dos Santos		
Nascimento:	07/04/1974	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	972716699	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Artur de Carvalho Lapa		
Nascimento:	26/06/1977	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	989535475	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Augusto da Silva		
Nascimento:	19/06/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	149.044.807-16
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24172868-981205045	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Augusto da Silva		
Nascimento:	19/06/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	149.044.807-16
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24172868	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Augusto dos Santos		
Nascimento:	18/01/1965	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993758139	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Augusto Gomes

Nascimento: 26/10/1992

Sexo: Masculino

CPF: 145.137.627-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992833514

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Augusto Martins Nobre

Nascimento: 13/08/1993

Sexo: Masculino

CPF: 159.643.987-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970349365

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Augusto Rodrigues de Mello

Nascimento: 22/07/1956

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970342859

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** jose azevedo de andrade

Nascimento: 29/04/1955

Sexo: Masculino

CPF: 409.562.707-78

Logradouro: rua virmulino alves cardia

Número: 304

Complemento:

Bairro: campo grande

Cidade: rio de janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 78111399

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Barbosa da Silva

Nascimento: 22/06/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3405-9383

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Barbosa da Silva

Nascimento: 22/06/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 66934668

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Barbosa Duarte

Nascimento: 05/07/1958

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982190460

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Batista da Silva Filho

Nascimento: 12/05/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31082863

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Benedito Winckler

Nascimento: 16/12/1970

Sexo: Feminino

CPF: 020.571.427-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974650594

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Bruno Chaves de Araujo

Nascimento: 30/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964964616

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Chagas dos Santos

Nascimento: 30/04/1963

Sexo: Masculino

CPF: 280.932.755-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964449339

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** José Carlos da Cruz Ribeiro

Nascimento: 13/02/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Rua Suiça

Número:

Complemento: LT:21 QD:I

Bairro: Carolina - Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 987871125 / 77188511

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Lucimar Bizarelo Ribeiro

CPF Resp.Fin.:013.399.117-28



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jose Carlos da Silva		
Nascimento:	19/03/1993	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983216358	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose carlos da Silva		
Nascimento:	15/02/1960	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994925132	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Carlos da Silva Filho		
Nascimento:	16/04/1978	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986195910	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Carlos de Andrade		
Nascimento:	17/04/1961	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Carlos de Carvalho		
Nascimento:	17/05/1963	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	021.077.367-74
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	22 988546094	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Pediu Impresso	E-Mail:	
Convênio:	Almeida Odontologia	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Carlos de Martins		
Nascimento:	11/08/1966	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	000.533.537-06
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33644967	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 02	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Carlos de Oliveira

Nascimento: 24/04/1987

Sexo: Masculino

CPF: 113.167.887-76

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969221912

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos de Souza

Nascimento: 15/04/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos dos Prazeres

Nascimento: 20/03/1970

Sexo: Masculino

CPF: 021.705.277-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979799537

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos dos Santos Fagundes

Nascimento: 16/07/1991

Sexo: Masculino

CPF: 147.501.417-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24103105

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Franco Ferreira

Nascimento: 12/11/1982

Sexo: Masculino

CPF: 090.692.457-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970398750

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Gonçalves

Nascimento: 26/07/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993994822

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Carlos Goudard Junior

Nascimento: 05/12/1989

Sexo: Masculino

CPF: 134.458.007-66

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37591336/975854731

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthoprider

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Graciano Ramos

Nascimento: 19/05/1980

Sexo: Masculino

CPF: 096.603.737-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34074445

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Horacio Baptista

Nascimento: 20/05/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984287106

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Lopes

Nascimento: 10/09/1957

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970407498

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Lucio

Nascimento: 16/07/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24117564

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Nascimento Aguiar

Nascimento: 27/11/1961

Sexo: Masculino

CPF: 668.627.527-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26863346 / 994283682

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Carlos Pestana

Nascimento: 25/09/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Pinto Coelho

Nascimento: 05/05/1966

Sexo: Masculino

CPF: 921.067.497-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970431595

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Pires

Nascimento: 22/12/1954

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964088868

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Ribeiro de Albuquerque

Nascimento: 31/05/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969269699

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Silva Barros

Nascimento: 19/02/1995

Sexo: Masculino

CPF: 145.351.177-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968552396

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Carlos Teixeira Junior

Nascimento: 05/09/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973733790

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Carlos Varentim Carvalho

Nascimento: 30/05/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986517516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Cicero da S. Santos

Nascimento: 20/03/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 82 996670490

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Claudio Machado Gloria

Nascimento: 18/02/1972

Sexo: Masculino

CPF: 029.374.187-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988421106

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Cleiton Felix de Souza

Nascimento: 08/12/1991

Sexo: Masculino

CPF: 108.647.394-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993771104

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Clemildo Carvalho Gomes

Nascimento: 15/01/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972006706

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Cralos Oliveira Gomes

Nascimento: 10/02/1971

Sexo: Masculino

CPF: 011.911.887-44

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984743157

E-Mail:

Alerta Médico: Com Laudo

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Cristina Costa dos Santos

Nascimento: 19/12/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33561140

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose da Silva Freitas

Nascimento: 19/03/1955

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986325631

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose de Ribamar Menezes

Nascimento: 19/03/1956

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33549057

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose de Souza

Nascimento: 21/11/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33220826

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose de Souza Macedo

Nascimento: 28/02/1960

Sexo: Masculino

CPF: 256.548.021-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969976941

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Dias da Silva

Nascimento: 29/01/1957

Sexo: Masculino

CPF: 436.338.117-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27994902

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Diogo Alves de Lima

Nascimento: 21/03/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981787166

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Edson Afonso Alexandre

Nascimento: 20/11/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 82227829

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Eduardo Barbosa da Silva

Nascimento: 06/03/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33772958-991751718

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Total Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Eduardo Barbosa da Silva

Nascimento: 24/04/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 89 9812807169

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Eduardo Barros de Santos

Nascimento: 11/10/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980682785

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Eduardo de Freitas Pereira

Nascimento: 31/05/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24162921

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.: Eneas Henrique de Freitas

CPF Resp.Fin.: 026.297.397-91

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Eduardo Eimert da Silva

Nascimento: 27/10/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34027202-986555138

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.: Segio Evangelista da Silva

CPF Resp.Fin.: 079.959.587-06

**Nome:** Jose Eduardo Rodrigues Melo

Nascimento: 21/08/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986468175

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Elias dos S. Bezerra

Nascimento: 08/04/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964508751

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Elias dos Santos

Nascimento: 08/04/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964508751

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** José Elias dos Santos Bezerra

Nascimento: 08/04/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Elias dos Sontos

Nascimento: 08/04/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964508751

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Elton Santos Souza

Nascimento: 15/06/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990917834

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Erivan de Sousa

Nascimento: 28/07/1985

Sexo: Masculino

CPF: 017.457.553-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970097191

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Eudes Batista

Nascimento: 20/05/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26822897-971621586

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Eudes de Lima

Nascimento: 05/09/1985

Sexo: Masculino

CPF: 084.707.534-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98019-0768

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Evanildo Diniz

Nascimento: 12/02/1981

Sexo: Masculino

CPF: 085.266.667-54

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964152090

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Evanilo Diniz

Nascimento: 12/02/1981

Sexo: Masculino

CPF: 085.266.667-54

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964152090

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Felype Sant anna do Nascimento

Nascimento: 11/12/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24165345

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Fernando Correia Alves

Nascimento: 08/04/1946

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981110516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Fernandres da Costa

Nascimento: 09/07/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988893428

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Ferreira Aragao

Nascimento: 06/07/1954

Sexo: Masculino

CPF: 403.164.087-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Figueira da Silva

Nascimento: 14/08/1952

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998878517

E-Mail:

Alerta Médico: Paciente optou pelo Online

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Firmo Filho

Nascimento: 16/12/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24160696

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentacc

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Francisco Pereira Junior

Nascimento: 31/07/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982646988

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Francisco Pereira Junior

Nascimento: 31/07/1975

Sexo: Masculino

CPF: 033.825.477-32

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 25684328

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Francisco Silva dos Santos

Nascimento: 02/07/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972248663

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Geraldo Ferreira Santos

Nascimento: 11/07/1997

Sexo: Masculino

CPF: 136.304.806-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986535829 / 984124407

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Geraldo Frinhani

Nascimento: 02/01/1958

Sexo: Masculino

CPF: 547.514.467-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974998666

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** José Geraldo Silva

Nascimento: 04/06/1952

Sexo: Masculino

CPF: 431.704.557-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33166457

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Guedes Cordeiro Junior

Nascimento: 22/02/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982083521

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Guilherme Batista Pereira

Nascimento: 16/08/1956

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Guilherme de Oliveira

Nascimento: 10/10/1993

Sexo: Masculino

CPF: 143.242.937-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976923821

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Henrique Lopes Gouvea

Nascimento: 19/07/1951

Sexo: Masculino

CPF: 440.066.247-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972266952

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Henrique Moratelli

Nascimento: 26/11/1952

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995444800

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Jeferson Abreu Silva

Nascimento: 09/03/2004

Sexo: Masculino

CPF: 192.505.067-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965039492

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Jhonath Barbosa de Paiva

Nascimento: 01/06/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964713390

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Jorge Ferreira

Nascimento: 17/05/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24187251

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Juarez da Silva

Nascimento: 14/08/1960

Sexo: Masculino

CPF: 882.012.797-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987181848

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Junior de Aquino

Nascimento: 14/02/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Lauro de Oliveira Dias

Nascimento: 26/11/1963

Sexo: Masculino

CPF: 839.574.217-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24124992 / 968415588

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Lucas Baçal de Menezes

Nascimento: 12/05/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982042909

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Luis Miguel de Carvalho

Nascimento: 17/07/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Luis Silva de Souza

Nascimento: 14/02/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988838692

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Luiz Alves Pereira

Nascimento: 23/06/1957

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964228037

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Luiz Bento

Nascimento: 27/04/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992929307

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Luiz de Oliveira

Nascimento: 26/12/1947

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Luiz Ferreira Barbosa Junior

Nascimento: 02/08/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998990277

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Luiz Franca da Silva

Nascimento: 10/08/1977

Sexo: Masculino

CPF: 495.114.677-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995486774

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Luiz Lopes de Paiva Junior

Nascimento: 25/08/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967581652

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Luiz Matoso da Silva

Nascimento: 08/12/1980

Sexo: Masculino

CPF: 009.018.254-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992271506

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Luiz Pereira dos Santos

Nascimento: 19/08/1985

Sexo: Masculino

CPF: 119.545.767-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985357933

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** José Manuel Santana Rosa da Silva

Nascimento: 22/11/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989759923

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Marcio Ferreira

Nascimento: 28/12/1996

Sexo: Masculino

CPF: 705.009.214-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990138776

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Manuel e Dra Ana Cristina 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Marcos Monteiro de Oliveira

Nascimento: 17/04/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974438983

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Maria Dias da Silva

Nascimento: 23/04/1942

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986304783

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Maria Malavaza Rodrigues

Nascimento: 08/11/1975

Sexo: Masculino

CPF: 069.411.457-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33946293

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Maria Sales de Jesus

Nascimento: 23/06/1977

Sexo: Masculino

CPF: 932.836.955-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988089358

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Mario Gimpel P. de Carvalho

Nascimento: 01/05/1974

Sexo: Masculino

CPF: 037.941.097-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987367085

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Marques da Silva

Nascimento: 17/03/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98577-1193

E-Mail:

Alerta Médico: Enviar por email também.

Convênio: Ortho Quality

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Marques Oliveira Silva

Nascimento: 11/03/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975526799

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Mateus Teixeira Soares

Nascimento: 13/08/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970457407

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Matheus Ferreira

Nascimento: 05/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 959020756

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Matheus Silva da Paixao

Nascimento: 02/12/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31086422-981472574

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Mauricio Vieira dos Santos

Nascimento: 27/03/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986368527

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Mauro Luciano

Nascimento: 10/08/1955

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993613136

E-Mail:

Alerta Médico: Com Laudo

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Mauro Ribeiro Torres

Nascimento: 10/01/1959

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969618831

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Mauro Rocha Polydoro

Nascimento: 04/07/1988

Sexo: Masculino

CPF: 127.226.527-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995971251

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Messias Lima

Nascimento: 18/08/1952

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31583729

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Milton Barros Junior

Nascimento: 30/08/1982

Sexo: Masculino

CPF: 091.690.717-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986336524

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** José Nunes De Lima

Nascimento: 16/03/1981

Sexo: Masculino

CPF: 038.536.034-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964836551

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose O. Dourado

Nascimento: 19/11/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984848247

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Paulo Carvalho Silva

Nascimento: 13/07/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981259456

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Paulo Cavalcante Junior

Nascimento: 25/09/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993785663

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Paulo leite Cabral

Nascimento: 28/04/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991802319

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Paulo Luciano Gonçalves Junior

Nascimento: 06/04/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996926268

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Paulo Marques

Nascimento: 13/03/2002

Sexo: Masculino

CPF: 119.834.547-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33770460-984701103

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Paulo Vieira

Nascimento: 31/01/1993

Sexo: Masculino

CPF: 150.863.707-52

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972257659

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Perrota Duarte Junior

Nascimento: 22/04/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980736666

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Quirino da Silva

Nascimento: 17/08/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970746415

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Quirino da Silva

Nascimento: 17/08/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23948866 / 970746415

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: J L Dentistas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Rego Barros

Nascimento: 10/03/1951

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33958276

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Renato Barbosa Dias

Nascimento: 30/09/2012

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974088845

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Renato Silva Cavalcante

Nascimento: 02/02/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988100366

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Renato Militino Rozeno

Nascimento: 02/10/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 20352968

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** José Ribamar do Prado

Nascimento: 13/05/1947

Sexo: Masculino

CPF: 312.840.357-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31572481

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Ricardo Batista Ribeiro

Nascimento: 04/03/1958

Sexo: Masculino

CPF: 489.801.887-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970083313

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Ricardo Bittencourt Reis

Nascimento: 24/12/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964022107

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Ricardo do Prado Inacio

Nascimento: 04/05/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975784284

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Ricardo Lessa Pereira

Nascimento: 19/12/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971249380

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jose Ricardo Souza da Silva Junior		
Nascimento:	09/08/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964375258	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Andressa de Andrade Guedes	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> José Roberto Costa Vieira			
Nascimento:	24/03/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	169.977.087-57
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	992570076 979405258	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Jose Roberto da Silva			
Nascimento:	18/11/1964	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34072210	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Jose Roberto ferreira dos Santos			
Nascimento:	14/02/2009	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	972418619	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Jose Roberto Muniz da Costa			
Nascimento:	15/06/1987	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964297051	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Jose Roberto Penha do Carmo			
Nascimento:	08/04/1984	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	107.211.287-69
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964891682	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jose Roberto Reis Dihe		
Nascimento:	12/07/1968	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Roberto Sa da Silva		
Nascimento:	22/02/1951	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	523.763.467-20
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964084537	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Rodrigo Bergamo Correa		
Nascimento:	27/05/1983	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964315933	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Rodrigo dos Santos Silva		
Nascimento:	06/12/1986	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	122.197.487-40
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993749345/30498533	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Ronaldo Henrique de Queiroz		
Nascimento:	02/07/1984	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jose Ronildo de Lima Junior		
Nascimento:	06/05/1993	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	154.803.867-94
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	37871725-982589898	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Rosalvo dos Santos

Nascimento: 15/11/1949

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30241744

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Sabino Filho

Nascimento: 04/09/1948

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991732247

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Sampaio da Rocha

Nascimento: 26/07/1959

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989034342

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Santana de Oliveira Esteves

Nascimento: 15/08/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 38356052

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Sidney Santos Batista

Nascimento: 12/11/2001

Sexo: Masculino

CPF: 173.797.387-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33645910 / 984721388

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Silva Campos

Nascimento: 11/06/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34097974

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Silva Ubirajana

Nascimento: 20/11/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973184888

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Soares de Mattos Junior

Nascimento: 15/05/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Tiago dos Santos Batista

Nascimento: 27/12/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964752304

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Vagner Severino da Silva

Nascimento: 04/12/1984

Sexo: Masculino

CPF: 113.126.117-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999863986 / 31087218

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Valdenier Pinto Veras

Nascimento: 16/06/1960

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34099657

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Vankeles Pinto de Lemos

Nascimento: 22/07/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964389681

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Vankeles Pinto Lemos

Nascimento: 22/07/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964389681

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Verilton de Farias

Nascimento: 11/04/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Vicente Ribeiro Leal

Nascimento: 22/11/1961

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994112389

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Victor do Nascimento Costa

Nascimento: 31/10/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33955897

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Victor Ferreira Guimaraes

Nascimento: 18/01/2014

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968572096

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Victor Marinho dos Reis

Nascimento: 10/09/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32568157-985430751

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jose Victor Pereira Guimaraes

Nascimento: 26/09/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33136347

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Victor Romao da Silva

Nascimento: 25/09/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35517474

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** José Vinicius Oliveira de Amorim

Nascimento: 19/03/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33174751

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jose Zeferino de Almeida

Nascimento: 26/11/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33356933

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joseane Justino da Silva

Nascimento: 01/11/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969593025

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joseano de Souza da Silva

Nascimento: 28/05/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994718908

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josefa Barbosa de Souza

Nascimento: 25/10/1974

Sexo: Feminino

CPF: 037.663.504-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986191248

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josefa Helena dos Santos

Nascimento: 03/02/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34096015

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josefa Jesus de Oliveira

Nascimento: 07/10/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983109228

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josefa Maria Dias

Nascimento: 25/05/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24108346

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josefa Pereira dos Santos

Nascimento: 20/10/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996606992

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josefa Quirino do Nascimento

Nascimento: 20/04/1983

Sexo: Feminino

CPF: 052.523.604-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981458179

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Josefa Vitalina da Paz		
Nascimento:	20/05/1954	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33697143	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joseilda Oliveira da Silva		
Nascimento:	27/08/1975	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	042.691.327-28
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33167410	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joseilda Oliveira da Silva		
Nascimento:	27/08/1975	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	042.691.327-28
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33167410	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joseja Alves de Araujo		
Nascimento:	22/05/1942	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Val	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joselaine Rosa Campos de Souza		
Nascimento:	17/05/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970332302	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Optou por fazer somente a pan	E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joseli Alves de Almeida Lima		
Nascimento:	09/12/1961	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	27919115	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Joseli Menezes de França

Nascimento: 12/01/1973

Sexo: Feminino

CPF: 042.576.227-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974802652 / 976118105

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josélia Barbosa da Silva Soares

Nascimento: 16/08/1970

Sexo: Feminino

CPF: 012.393.527-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24120846

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joselita da Silva Galvao

Nascimento: 27/01/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33160321

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joselita Santos Silva

Nascimento: 22/02/1967

Sexo: Feminino

CPF: 014.479.777-18

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 931559107

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joselma Mendes Sousa

Nascimento: 01/02/1985

Sexo: Masculino

CPF: 073.938.886-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979483132

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josemar Batista da Silva Junior

Nascimento: 11/12/1979

Sexo: Masculino

CPF: 085.085.867-44

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998121980

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Josemar da Conceição		
Nascimento:	25/12/1970	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33167909-986187478	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josemar de Azevedo Souza		
Nascimento:	01/05/1970	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964624428	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josemar de Oliveira		
Nascimento:	11/06/1960	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	606.294.607-87
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	999778417	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josemar Moraes da Cruz		
Nascimento:	05/05/1965	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	968096360	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josemir Firmo Pitanga		
Nascimento:	26/01/1947	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	230.321.547-15
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24137559 / 994695882	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josemy Correia de Oliveira Souza		
Nascimento:	26/08/1990	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991710407	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Imprimir a Panorâmica	E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josenias de Lima Santiago

Nascimento: 23/02/1981

Sexo: Masculino

CPF: 101.100.157-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974836832

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josenil Porfiro Dourado Cantanhede

Nascimento: 17/02/1990

Sexo: Masculino

CPF: 602.978.073-58

Logradouro: Rua Brejinho de Nazaré, L: 05 Q: 118

Número: C:217

Complemento:

Bairro: Guaratiba

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 969597052 / 986910875

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Stanley T.B. de Araujo

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josenila Maria Antunes Campos

Nascimento: 19/05/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997223612

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josenilda de Jesus da Cruz

Nascimento: 24/03/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966758821

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josenilda Santos

Nascimento: 02/05/1961

Sexo: Feminino

CPF: 011.843.837-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35515428

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josenildo Brito dos Santos

Nascimento: 07/10/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984796278

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Josenilton Lino da Silva		
Nascimento:	03/06/1983	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	012.644.665-28
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	982914018	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Clínica RS	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josenir Granadeiro Soares Junior		
Nascimento:	11/10/1969	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	003.467.157-92
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985530950	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Particular	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josenir Pegoretti Torre		
Nascimento:	06/07/1967	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	997465150	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Clinica L V - Lilian Vasques	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josenira de Cravalho Campos		
Nascimento:	25/04/1962	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	35983788	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Particular	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joseph Henrique Azevedo de Oliveira		
Nascimento:	17/04/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34973578-990387833	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Particular	E-Mail:	
Resp. Fin.:	Nancy Azevedo Almeida	Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	043.028.167-67
<b>Nome:</b>	Joseph Ian Rodrigues		
Nascimento:	26/12/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964397740	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Orthopride	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Joseron Lima Nunes		
Nascimento:	08/04/1973	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964839407	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josi Carla Freire Soares		
Nascimento:	17/11/1986	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970070487	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josi Carla Freire Soares		
Nascimento:	17/11/1986	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976957069	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josiana Araujo Pereira		
Nascimento:	30/06/1976	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979369077	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	June Fernanda	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josiane Campelo da Silva		
Nascimento:	30/08/1977	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980720873	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Carioca	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josiane Alves Bezerra		
Nascimento:	17/05/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	35515596	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josiane Barros Bezerra

Nascimento: 07/06/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976412437

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane Casimiro de Lima

Nascimento: 26/09/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: Rua Ourosimo

Número: 205

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 968749533

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.: Antonia Cleide de Lima Medeiros

CPF Resp.Fin.:967.490.833-15

**Nome:** Josiane Conceição de Oliveira

Nascimento: 23/06/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974059224

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane Cristina Batista de Souza

Nascimento: 24/06/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 11 941618989

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane da Cruz Soares

Nascimento: 17/10/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993648337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane da Silva Alves Vieira

Nascimento: 15/11/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985649011

E-Mail:

Alerta Médico: Com Laudo

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josiane da Silva de Oliveira

Nascimento: 11/08/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970116995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane da Silva Tome

Nascimento: 09/12/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984269114

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Inorte

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane da Silva Vieira

Nascimento: 15/11/1976

Sexo: Feminino

CPF: 075.141.107-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985649011

E-Mail: odontovijo@gmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane de Campo Freitas

Nascimento: 31/12/1968

Sexo: Feminino

CPF: 025.934.207-66

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974984199

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane de Kesis dos Santos

Nascimento: 17/08/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983806582

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane de Oliveira

Nascimento: 21/06/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994051901

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Josiane de Oliveira Alves Machado		
Nascimento:	29/10/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	990120431	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Josicleide de Oliveira Alves	CPF Resp.Fin.:	084.280.397-12
<b>Nome:</b>	Josiane de Oliveira Cardoso		
Nascimento:	23/07/1968	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	922.124.927-15
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	991979700	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josiane dos Santos Loureira		
Nascimento:	06/03/1980	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	995238186	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josiane dos Santos Ribeiro		
Nascimento:	15/12/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	966535845	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josiane Faria Magalhaes de Brito		
Nascimento:	04/12/1979	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	984455503	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josiane Fernandes das Chagas		
Nascimento:	18/07/1981	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	980262149	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josiane Luzia Nunes

Nascimento: 13/06/1995

Sexo: Feminino

CPF: 16586203724

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981796269

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane Moura Soares

Nascimento: 23/10/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964293378

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane Nunes Silva

Nascimento: 10/08/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976261983

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane Nunes Silva

Nascimento: 10/08/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33169740

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane Oliveira de Santana

Nascimento: 07/02/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996337161

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane Ramalho Costa

Nascimento: 08/08/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31488129

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josiane Ribeiro de Mendonça

Nascimento: 15/10/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24044066 / 994826845

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane Ribeiro de Mendonça

Nascimento: 15/10/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994826845

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane Silva de Souza

Nascimento: 30/09/1991

Sexo: Feminino

CPF: 144.218.167-28

Logradouro: Estrada do Viegas BI 29

Número: Q 203

Complemento:

Bairro: Senador Camará

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 975901918

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiane Silvina da Conceição

Nascimento: 02/05/1942

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996190228

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josias dos Santos Rosa Junior

Nascimento: 07/02/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988238911

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josias da Silva Carvalho

Nascimento: 25/09/1967

Sexo: Masculino

CPF: 003.401.767-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24155137-970158503

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josias da Vitoria

Nascimento: 05/10/1941

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996285660

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josias Dias Bastos

Nascimento: 19/12/1947

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josias Dias Matias

Nascimento: 13/10/1969

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982056396

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josias dos Santos Peres

Nascimento: 17/07/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973946194

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiel de Moura Cardoso

Nascimento: 17/09/1990

Sexo: Masculino

CPF: 159.748.857-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991684745

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiel Ferreira

Nascimento: 01/12/1990

Sexo: Masculino

CPF: 085.567.284-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982925579

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josiel Lopes Barbosa

Nascimento: 18/06/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988017007

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josiene da Silva Bartolomeu da Fonseca

Nascimento: 02/07/1988

Sexo: Feminino

CPF: 127.859.297-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985062976

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilaine Portela

Nascimento: 21/09/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27795374-976636693

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilane do Nascimento da Costa

Nascimento: 18/04/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968291093

E-Mail:

Alerta Médico: IMPRIMIR A PAN

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilane dos Santos da Silva

Nascimento: 14/12/1994

Sexo: Feminino

CPF: 160.695.307-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972683401 / 972701694

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Premium 02 (s/ Mod.)

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilane Maria Lima de Oliveira

Nascimento: 23/03/1983

Sexo: Feminino

CPF: 094.111.027-35

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34014498 / 980487040

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josilane Martins Carlos

Nascimento: 06/12/1989

Sexo: Masculino

CPF: 123.211.807-90

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 994320743

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilane Meirelles Martins

Nascimento: 03/06/1996

Sexo: Feminino

CPF: 149.852.517-20

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 966053571

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilayne Eunice Silva

Nascimento: 15/04/1994

Sexo: Feminino

CPF: 060.931.437-83

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 968894933

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilene Alves dos Santos

Nascimento: 11/07/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 979859770

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilene Alves dos Santos

Nascimento: 11/07/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 34067066

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilene Alves dos Santos

Nascimento: 11/07/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josilene Araujo Soares

Nascimento: 05/12/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968957357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilene de Souza Duarte

Nascimento: 19/05/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32287833-995993202

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilene do Espírito Santo

Nascimento: 07/08/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964121824

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilene Viana Pires

Nascimento: 09/01/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9844958552

E-Mail:

Alerta Médico: em 3 dias

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josilene Viana Pires

Nascimento: 09/01/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984498552

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josimar Ferreira da Silva

Nascimento: 06/12/1995

Sexo: Masculino

CPF: 044.893.711-52

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997335745

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josimar Olegario de Lima

Nascimento: 02/03/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josimar Pedro Santos

Nascimento: 24/02/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976198158

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josimar Souza de Toledo

Nascimento: 04/11/1969

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967034928

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Lucileia Regina Esperança

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josimarcos Santos de Carvalho

Nascimento: 18/09/1993

Sexo: Masculino

CPF: 061.739.817-85

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974917536 / 27995113

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josimeire dos Santos Bispo

Nascimento: 12/11/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998986423

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josina Alves dos Santos

Nascimento: 08/11/1963

Sexo: Feminino

CPF: 882.241.207-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31085331- 989200402

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josinaldo dos Santos Moreira

Nascimento: 18/01/1982

Sexo: Masculino

CPF: 096.235.637-95

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980101622

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josinalva Pedro da Silva

Nascimento: 26/11/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24123999

E-Mail:

Alerta Médico: Paciente veio sem pedido pelo inst do dente.

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josineia Rodrigues de Jesus

Nascimento: 24/01/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964044690

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josinete de Andrade Ferreira Marinho

Nascimento: 27/11/1969

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996029568

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Natalia de Oliveira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josinete Nunes de Lucena

Nascimento: 18/01/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35610106

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josivaldo Anderson Batista da Silva

Nascimento: 22/10/1990

Sexo: Masculino

CPF: 135.519.897-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995078246

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Josivando Vieira Barros		
Nascimento:	18/04/1972	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	993213015	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clínica Karina Morgado	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josivania Gonçalo da Silva Santos		
Nascimento:	01/09/1978	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	993988646	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Dentista 10	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jossander Victor dos santos		
Nascimento:	24/11/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	990244656	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josue Carlos de Souza Martins Rosa		
Nascimento:	15/10/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	142.167.807-17
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	994267490	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josue de Almeida Menezes		
Nascimento:	08/02/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	130.938.887-35
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	974052879	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Dra Alessandra 02	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Josue de Jesus Canuto		
Nascimento:	23/05/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	171.718.827-30
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987141042/993992919	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josue de Lima Garrete

Nascimento: 06/02/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969304301

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josue do Amaral Guerreiro

Nascimento: 04/03/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979492342

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira: par

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josue Farias de Oliveira

Nascimento: 11/12/1966

Sexo: Masculino

CPF: 962.618.207-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988272094

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josue Fernandes Martins

Nascimento: 08/04/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31595225

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josue ferreira da Silva

Nascimento: 01/03/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980871097

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josue Gomes Carneiro

Nascimento: 28/01/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993446393

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josue Leite Cavalcante

Nascimento: 16/05/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964120804

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josue Moises de Oliveira

Nascimento: 04/05/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985170974

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josue Nathan Gandarely Vargas

Nascimento: 28/07/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985447269-34068543

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josue Nathan Gandarely Vargas

Nascimento: 28/07/1998

Sexo: Masculino

CPF: 176.298.047-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988339151

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josue Nathan Gandarely Vargas

Nascimento: 28/07/1998

Sexo: Masculino

CPF: 176.298.047-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985447269

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josue Pedro Gattis Correa

Nascimento: 05/06/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 22 999922043

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Josue Tavares da Silva Cardoso

Nascimento: 02/02/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33316943

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Josuel Marques Siqueira

Nascimento: 25/12/1996

Sexo: Masculino

CPF: 074.022.215-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990864984

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ciso ( Mariana Lobo )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jovanilson Marau dos Santos

Nascimento: 10/08/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Almeida Mota

Nascimento: 19/01/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965341416

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Alves Bastos

Nascimento: 13/12/1997

Sexo: Feminino

CPF: 162.991.767-25

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979809437

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Alves Bastos

Nascimento: 13/12/1997

Sexo: Feminino

CPF: 162.991.767-25

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964780829

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Joyce Andrade de Carvalho

Nascimento: 27/09/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983429505

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Esthetic Implants

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Andrade Teixeira

Nascimento: 20/06/1997

Sexo: Feminino

CPF: 184.864.547-35

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997922307 / 985998095

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Conceição Gonçalves

Nascimento: 10/01/1996

Sexo: Feminino

CPF: 164.687.647-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995207861

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce da Silva Moraes

Nascimento: 08/08/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966940651

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce de Almeida Araujo

Nascimento: 08/02/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985141120

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce de Almeida Souza de Aguiar

Nascimento: 28/02/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965660310

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Joyce de Amorim

Nascimento: 26/10/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996782727

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce de Oliveira

Nascimento: 29/01/1982

Sexo: Feminino

CPF: 101.869.767-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33145224

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce de Oliveira Muniz

Nascimento: 25/02/2000

Sexo: Feminino

CPF: 158.419.987-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24062611 / 987859759

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Policlínica Britânica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce de Souza Cardia

Nascimento: 21/12/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965085099

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce dos Santos

Nascimento: 05/12/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964146049

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce dos Santos O. Campos

Nascimento: 04/02/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986569072

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Joyce dos Santos Pacheco

Nascimento: 26/07/1995

Sexo: Feminino

CPF: 164.881.977-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97627-2676

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce dos Santos Rodrigues

Nascimento: 19/04/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973687355

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Georgiane Pires dos Santos

CPF Resp.Fin.:035.591.277-50

**Nome:** Joyce Eilen Gonçalves Teodorico

Nascimento: 05/06/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964512400

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Ellen da Silva

Nascimento: 11/11/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982873962

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Fabiane Cerqueira dos Santos

Nascimento: 16/01/1996

Sexo: Feminino

CPF: 133.958.397-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973199734

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Fernandes de Lima

Nascimento: 09/10/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968722048

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Joyce Ferreira e Silva Santos

Nascimento: 06/05/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995315725

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Gaudino

Nascimento: 04/04/1997

Sexo: Feminino

CPF: 173.044.217-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986382529

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Hellen Ferreira Freitas

Nascimento: 20/03/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41049974 / 993537365

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.: Rosilaine Domingos Ferreira

CPF Resp.Fin.:053.037.597-41

**Nome:** Joyce Jordão Ferreira

Nascimento: 21/09/1986

Sexo: Feminino

CPF: 123.833.037-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970023227

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Jordão Ferreira

Nascimento: 21/09/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Kelli Oliveira

Nascimento: 20/09/1992

Sexo: Feminino

CPF: 124.762.166-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33853593-78665506

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Joyce Kelli Oliveira

Nascimento: 20/09/1992

Sexo: Feminino

CPF: 124.762.166-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991703430

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Kelly Coelho

Nascimento: 20/03/1995

Sexo: Feminino

CPF: 170.294.937-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968075993 / 975380120

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Kelly da Silva

Nascimento: 05/07/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999557451

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Maia Rosa Novaes

Nascimento: 31/08/1981

Sexo: Feminino

CPF: 099.554.947-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964182669

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Mara Salvino Dias Dionizio

Nascimento: 30/04/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970040071

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Gleissiane Oliveira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Marcell Barbosa

Nascimento: 30/01/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970044452

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Joyce Melo Vieira

Nascimento: 25/02/1994

Sexo: Feminino

CPF: 163.291.367-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 96825-0947

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Mendanha dos Santos

Nascimento: 09/12/1995

Sexo: Feminino

CPF: 174.097.917-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985444983

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Pereira da Silva

Nascimento: 14/10/1971

Sexo: Feminino

CPF: 014.380.367-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35512188

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Peres Merelli

Nascimento: 25/09/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31082807-972666010

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Pires dos Santos

Nascimento: 15/08/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999038407

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyce Regina de Oliveira Silveira

Nascimento: 25/01/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975280096

E-Mail:

Alerta Médico: São 8 fotos

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Joyce Ribeiro da Silva				
Nascimento:	13/08/1986	Sexo:	Feminino	CPF:	113.594.937-94
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	975972063			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joyce Ribeiro Lopes do Nascimento				
Nascimento:	09/08/2000	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	990897218			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Odonto Show			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joyce Rodrigues Barbosa				
Nascimento:	05/05/1996	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	35513482			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joyce S. Henrique Cardoso				
Nascimento:	15/08/1989	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	967028963			E-Mail:	
Alerta Médico:	Sem incisivos				
Convênio:	Clinica Tinoco			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joyce Salsa de Lima				
Nascimento:	21/10/1992	Sexo:	Feminino	CPF:	147.940.247-89
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	976712203			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Dr Regis			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joyce Santana de Melo Barreto				
Nascimento:	28/04/1988	Sexo:	Feminino	CPF:	118.106.487-26
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24114865			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Joyce Santos da Costa		
Nascimento:	22/10/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986855934	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joyce Silva dos Santos		
Nascimento:	12/12/1988	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31573250-984124836	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clinica L V - Lilian Vasques	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joyce Soares da Silva Vieira		
Nascimento:	08/03/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	982189271	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joyce Verver de Oliveira		
Nascimento:	01/05/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	119.396.747-35
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991764117 / 24587896	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joyceane Marques da Gama		
Nascimento:	30/05/1987	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964514353	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Joyceane Silva de Assis		
Nascimento:	13/01/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33846486	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Joycelane Oliveira da Silva

Nascimento: 23/07/1996

Sexo: Feminino

CPF: 175.787.167-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 91693456

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joyci Andre dos Santos

Nascimento: 01/01/1993

Sexo: Feminino

CPF: 151.862.907-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33137047 / 995001872

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Joziane Conceição de Oliveira

Nascimento: 04/11/1959

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33771879

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jozimar Furtado de Abreu

Nascimento: 22/09/1969

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24044162

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juacy William S. Pereira

Nascimento: 31/08/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993471707

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Albernaz Boba Campos

Nascimento: 11/01/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972410493

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juan Alves da Silva

Nascimento: 28/11/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98811-7968

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Alex da Silva dos Santos

CPF Resp.Fin.: 113.060.627-99

**Nome:** Juan Alvs Tavares da Silva

Nascimento: 21/05/1998

Sexo: Masculino

CPF: 155.010.167-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34065307

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Augusto Cabral P. da Silva

Nascimento: 16/10/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33052610

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Campos da Silva

Nascimento: 04/07/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33148827

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Poliana Cristina Cabral Rodrigues

CPF Resp.Fin.: 121.531.137-09

**Nome:** Juan Carlos Ferreira Doledo

Nascimento: 28/04/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985491264

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Carlos Jesus da Silva

Nascimento: 20/08/1985

Sexo: Masculino

CPF: 108.982.747-45

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980455707

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juan Carlos Leal Sampaio

Nascimento: 05/01/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992997845

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Carlos Rodrigues Burgues

Nascimento: 21/12/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988327062

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Lilian Rodrigues da Silva

CPF Resp.Fin.: 113.544.917-18

**Nome:** Juan Cesar Fernandes dos Santos

Nascimento: 18/11/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24152318-970404593

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan das Graças Barbosa de Souza

Nascimento: 18/03/1993

Sexo: Masculino

CPF: 154.413.527-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24174203

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan de Souza Mendes

Nascimento: 17/08/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998708734

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan do Nascimento

Nascimento: 11/07/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31557431-976115441

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juan dos Santos

Nascimento: 27/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998266547

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Gabriel Coneição Sobral

Nascimento: 12/12/2000

Sexo: Masculino

CPF: 158.755.797-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970395054

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Flaviani Fatima da Silva Conceição

CPF Resp.Fin.:080.029.307-03

**Nome:** Juan Gabriel valle de Lima

Nascimento: 16/09/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964363758

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.: Fabio Valle da Silva

CPF Resp.Fin.:079.677.237-16

**Nome:** Juan Gonçalves Barbosa

Nascimento: 30/01/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34079384

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Antonio da Cruz Gonçalves

CPF Resp.Fin.:448.027.227-53

**Nome:** Juan Marcelo de Oliveira Silva

Nascimento: 27/12/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99176-0060

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Marcos da Silva Thomaz

Nascimento: 28/05/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980123119

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juan Mariano Maia

Nascimento: 18/05/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23940900

E-Mail:

Alerta Médico: Sem Tele e Traçado

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Mateus Reis dos Santos

Nascimento: 02/11/1995

Sexo: Masculino

CPF: 165.981.697-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980708007

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Matias da Silva

Nascimento: 31/05/1974

Sexo: Masculino

CPF: 011.520.217-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980302592

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Pablo Aquino Ferreira

Nascimento: 23/07/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97018-6331

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Pablo Lima Cardoso

Nascimento: 14/09/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989490540

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Pablo Silva Almeida

Nascimento: 13/09/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993396064

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Quality

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juan Pedro da Silva Fonseca

Nascimento: 28/06/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21981890999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Pires de Souza

Nascimento: 22/07/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964031131

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Santa Clara Calenti

Nascimento: 19/10/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988844206

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Victor dos Santos

Nascimento: 20/08/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973444696

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Victor Rosa de Souza

Nascimento: 21/05/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965732773

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Victor Teotonio Garcez

Nascimento: 17/07/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995628110

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juan Vitor Anastacio da Silva

Nascimento: 28/11/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966920970

E-Mail:

Alerta Médico: Pan na hora

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juan Vitor da Silva Galvao

Nascimento: 02/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30839803

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.: Renata Pereira da Silva

CPF Resp.Fin.:091.801.797-11

**Nome:** Juana Darc Santos Silva

Nascimento: 17/05/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994233825

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juanna Oliveira de Araujo

Nascimento: 22/11/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33145507-985073851

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juarez Aires de Oliveira

Nascimento: 31/08/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988610682 979722915

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juarez Galdino dos Santos

Nascimento: 02/04/1997

Sexo: Masculino

CPF: 150.667.377-58

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975697330

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juarez Lopes da Silva Neto

Nascimento: 06/05/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969899118

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Elizete Pereira de Carvalho

CPF Resp.Fin.:430.579.852-20

**Nome:** Juarez Ramalho

Nascimento: 15/03/1956

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34073955

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juarez Ramos

Nascimento: 31/07/1950

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33953130 / 992048921

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juçara Alves da Silva

Nascimento: 27/10/1969

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992291919

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucara Marques S. Carneiro

Nascimento: 08/09/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964873354

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juçara Rodrigues Antunes

Nascimento: 16/07/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974040973

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juçara Sant Anna

Nascimento: 06/02/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974040103

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juceia Lucia Ferreira Barbosa Nehme

Nascimento: 23/02/1950

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34849050-978356056

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juceli de Lana Costa

Nascimento: 31/07/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32875074

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucelia dos Santos Sant Anna

Nascimento: 12/05/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985308870

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucelia Neris da Guarda

Nascimento: 08/11/1982

Sexo: Feminino

CPF: 059.835.316-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964711108

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucelino Goncalves de Almeida

Nascimento: 02/09/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979120953

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jucelino Gonçalves de Almeida

Nascimento: 02/09/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979120953

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucelino Gosalves de Almeida

Nascimento: 02/09/1976

Sexo: Masculino

CPF: 042.591.717-71

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979120953

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucely de Lana Costa

Nascimento: 31/07/1997

Sexo: Feminino

CPF: 144.234.597-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982425048

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juciamara da Conceição Pessoa

Nascimento: 05/03/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994179555

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juciane Cordeiro Vilas Boas

Nascimento: 18/03/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juciane Vieira do Nascimento Costa

Nascimento: 01/04/1991

Sexo: Feminino

CPF: 149.422.447-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973225436

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Flavia e Dra Marcela

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juciara Araujo da Silva

Nascimento: 11/06/1979

Sexo: Feminino

CPF: 086.580.517-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24095270-985804061

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juciara Felix da Silva

Nascimento: 25/11/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36484808-997066830

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juciara Silva da Cruz

Nascimento: 15/07/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37993126-988844334

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucicleide Santos Souza

Nascimento: 01/02/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998381366

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucielly de Sousa Farias

Nascimento: 04/04/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969621515

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucilene de Souza Pereira

Nascimento: 07/07/1984

Sexo: Feminino

CPF: 998.893.313-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99181998

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jucilene Gonçalves dos Santos

Nascimento: 31/12/1973

Sexo: Feminino

CPF: 044.230.437-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981734041

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: CH Odonto

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucimara de Jesus

Nascimento: 03/08/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971749272

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jucivanio Nascimento dos Santos

Nascimento: 31/12/1991

Sexo: Masculino

CPF: 145.610.627-93

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34094197

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Judite Campista Barbosa

Nascimento: 15/03/1960

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41054879

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Judson de Oliveira Moura

Nascimento: 26/12/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965611617

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marilia Rafaela

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Judson Gabriel Rocha de Souza

Nascimento: 09/11/1999

Sexo: Masculino

CPF: 173.423.627-27

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31081099

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Judy de Araujo Zamuraym

Nascimento: 11/06/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994395502

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jueci Rodrigues Silva

Nascimento: 05/08/1957

Sexo: Masculino

CPF: 348.886.407-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 25913213 - 982776768

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: J L Dentistas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juiram Campos dos Santos

Nascimento: 20/03/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980456897

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julho Dias Fontoura da Silva

Nascimento: 02/06/1991

Sexo: Masculino

CPF: 144.935.817-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980863367

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julhy Mary Alves Carneiro

Nascimento: 05/06/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997509713

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juli Kelli Mondego Silva

Nascimento: 27/03/1998

Sexo: Feminino

CPF: 176.754.077-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3316-5921

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Agatha de Lima Maia

Nascimento: 06/07/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999143637

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Mofato

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Agatha de Lima Maia

Nascimento: 06/07/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34064157

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Almeida de Menezes

Nascimento: 06/01/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974679437

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Alpoin Amaral

Nascimento: 09/03/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980636237

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Alves da Silva

Nascimento: 14/12/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27990525

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Alves de Aguiar

Nascimento: 22/03/2012

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981252304

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Julia Andrade de Jesus		
Nascimento:	14/02/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24150105	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Angelo Souza de Oliveira		
Nascimento:	31/01/2012	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976233713	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Ararujo de Souza		
Nascimento:	12/03/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979283708	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Araujo de Souza		
Nascimento:	12/03/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979283708	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Araujo de Souza		
Nascimento:	12/03/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	184.752.187-84
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979283708	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Erica de Araujo	CPF Resp.Fin.:	084.655.727-47
<b>Nome:</b>	Julia Barreto da Silva		
Nascimento:	03/01/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33540499	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Sem Traçado	E-Mail:	
Convênio:	June Fernanda	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Julia Barros de Oliveira			
Nascimento:	29/09/2007	Sexo:	Feminino	CPF:
Logradouro:				Número:
Bairro:		Cidade:		Complemento:
Telefones:	26864422-970037762			UF:
Alerta Médico:				CEP:
Convênio:	Orthopride			E-Mail:
Resp. Fin.:				Carteira:
				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Julia Barros Santos			
Nascimento:	23/04/2004	Sexo:	Feminino	CPF:
Logradouro:				Número:
Bairro:		Cidade:		Complemento:
Telefones:	975113482			UF:
Alerta Médico:				CEP:
Convênio:	Campo Grande 3			E-Mail:
Resp. Fin.:				Carteira:
				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Julia Beatriz Freitas			
Nascimento:	18/12/1998	Sexo:	Feminino	CPF:
Logradouro:				Número:
Bairro:		Cidade:		Complemento:
Telefones:	975735909			UF:
Alerta Médico:				CEP:
Convênio:	Carolina Leite			E-Mail:
Resp. Fin.:				Carteira:
				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Julia Bernardo Costa			
Nascimento:	13/02/1996	Sexo:	Feminino	CPF:
Logradouro:				Número:
Bairro:		Cidade:		Complemento:
Telefones:	996351922			UF:
Alerta Médico:				CEP:
Convênio:	Particular			E-Mail:
Resp. Fin.:				Carteira:
				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Julia Brites Nunes			
Nascimento:	18/01/2003	Sexo:	Feminino	CPF: 134.737.637-21
Logradouro:				Número:
Bairro:		Cidade:		Complemento:
Telefones:	981983441			UF:
Alerta Médico:				CEP:
Convênio:	Particular			E-Mail:
Resp. Fin.:				Carteira:
				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Julia C. Fernandes			
Nascimento:	28/10/2009	Sexo:	Feminino	CPF:
Logradouro:				Número:
Bairro:		Cidade:		Complemento:
Telefones:	985421470			UF:
Alerta Médico:				CEP:
Convênio:	Particular			E-Mail:
Resp. Fin.:				Carteira:
				CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Camilly Ramos Alves

Nascimento: 01/11/2003

Sexo: Feminino

CPF: 196.751.507-77

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990417380

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Cardoso de Oliveira

Nascimento: 10/01/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987099094

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Carolina da Silva de Campos

Nascimento: 26/10/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31563736

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Caroline dos Santos Soroldani

Nascimento: 08/06/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969160576

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Cavalcante da Silva

Nascimento: 17/03/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3407-8454 / 98837-8145

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Cespedi Ribeiro Ferreira

Nascimento: 28/03/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979288337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Julia Coelho Verdan		
Nascimento:	02/05/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24098516-964078953	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Alexandre Miranda Verdan	CPF Resp.Fin.:	042.728.487-20
<b>Nome:</b>	Julia Correa Nogueira		
Nascimento:	07/10/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	989975894	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Isabel C. Pol	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Cristal da Silva		
Nascimento:	07/09/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983190614	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Cristina Arcajo da Guia		
Nascimento:	01/07/1978	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	997527944	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Lucileia Regina Esperança	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Cristina Dias Santana		
Nascimento:	24/08/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	971831615	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Cristina Pinto Soares		
Nascimento:	03/01/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990161181	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Cunha M. de Oliveira

Nascimento: 12/03/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 12/03/2005

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia da Conceição Pinto

Nascimento: 16/01/1998

Sexo: Feminino

CPF: 131.751.617-66

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980913384

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia da Costa dos Santos

Nascimento: 23/06/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968348784

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Marcia Monteiro Costa

CPF Resp.Fin.:056.117.617-55

**Nome:** Julia da Fonseca de Paiva

Nascimento: 17/05/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984848453

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia da Paixão de Souza

Nascimento: 25/08/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972568904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amo Odonto

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia da Rocha Fernandes

Nascimento: 28/07/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24117766-976045866

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.: Alexandre Fernandes

CPF Resp.Fin.:080.455.327-00

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia da Rosa S. Almeida

Nascimento: 26/06/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996476176

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Fabiana da Rosa

CPF Resp.Fin.:018.231.287-93

**Nome:** Julia da Rosa Santana

Nascimento: 26/06/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996476176

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia da Silva Barbosa

Nascimento: 27/04/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968976254

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Suzana Greice da Silva

CPF Resp.Fin.: 106.124.807-94

**Nome:** Julia da Silva Carneiro

Nascimento: 14/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964873354

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia da Silva Lopes

Nascimento: 12/11/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24166362

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Aparecida da Silva

CPF Resp.Fin.:133.178.428-06

**Nome:** Julia da Silva Nascimento

Nascimento: 13/11/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99886-9667

E-Mail: JUHFLAMENGUISTA30@GMAIL.COM

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia da Silva Pinto Damiao

Nascimento: 02/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973623868

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia da Silva Poiava

Nascimento: 06/09/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966422000

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia da Silva Simoes

Nascimento: 24/10/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31556905

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia de Brito Souza

Nascimento: 01/08/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974317823

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: helio Ferreira de Souza

CPF Resp.Fin.: 767.179.417-15

**Nome:** Julia de Oliveira Affonso da Silva

Nascimento: 24/06/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987125037

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia de Oliveira Andre Mendes

Nascimento: 02/02/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32921080

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia de Oliveira André Mendes

Nascimento: 02/02/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32921080

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia de Oliveira Severo

Nascimento: 13/09/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989171833

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia de Souza Leonardo

Nascimento: 12/12/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975586977 - 976173391

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia de Souza Martins Pereira

Nascimento: 02/08/2000

Sexo: Feminino

CPF: 149.101.867-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31086961

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia de Souza Silva

Nascimento: 25/06/1934

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia do Nascimento de Araujo Silva

Nascimento: 22/03/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Valeria Do Nascimento Silva

CPF Resp.Fin.:088.161.977-90

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Julia dos Santos Correa		
Nascimento:	04/10/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33092079	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia dos Santos da Silva		
Nascimento:	02/04/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964290277	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia dos Santos da Silva		
Nascimento:	02/04/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964290277	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Luciene Golçalves dos Santos	CPF Resp.Fin.:	005.626.527-10
<b>Nome:</b>	Julia dos Santos Macedo		
Nascimento:	17/09/2011	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987013025	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Virginia Cabral Hatano	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia dos Santos Rodrigues		
Nascimento:	02/08/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31085034	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia dos Santos Ventura		
Nascimento:	16/07/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986764437	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Eduarda de Oliveira

Nascimento: 25/06/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985657722

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Eloa Neves dos Santos Maia

Nascimento: 21/07/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34010201

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Eloa Neves dos Santos Mais

Nascimento: 21/07/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41020041

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Faria Gomes

Nascimento: 27/09/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981855974

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Lenilda

CPF Resp.Fin.:080.520.647-75

**Nome:** Julia Farias Soares

Nascimento: 27/09/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981855974

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Fernanda dos Santos Arruda

Nascimento: 06/04/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983156403

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Fernandes Vieira

Nascimento: 27/05/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993318051

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Ferreira Laranja

Nascimento: 25/09/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33171005

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia ferreira Laranja

Nascimento: 25/09/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33171005

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Tinoco

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Ferreira Laranja

Nascimento: 25/09/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33171005

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Fiorani Dargan

Nascimento: 03/03/2008

Sexo: Feminino

CPF: 150.201.317-76

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26862123-964387418

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Nilza Fiorani Dargan

CPF Resp.Fin.:534.595.207-87

**Nome:** Julia França dos Santos

Nascimento: 08/08/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964305084

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Gabrielle Moreno Ribeiro

Nascimento: 27/02/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Gomes Chaves

Nascimento: 12/06/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991136918

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Graziela Vieira Rodrigues

Nascimento: 20/09/1999

Sexo: Feminino

CPF: 192.015.427-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Guimaraes Moreira

Nascimento: 02/08/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24126580

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Helen Thomaz Pereira

Nascimento: 06/12/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970659450

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Lopes da Silva

Nascimento: 04/04/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983460698

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Macieira Macedo de Souza

Nascimento: 07/01/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33165363

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Maria de Carvalho Silveira

Nascimento: 13/06/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33948808-964741928

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Carla Cristina

CPF Resp.Fin.:071.538.987-43

**Nome:** Julia Martins dos Santos

Nascimento: 07/08/2003

Sexo: Feminino

CPF: 169.673.927-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972297388

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Martins Gonçalves

Nascimento: 26/09/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976901452

E-Mail:

Alerta Médico: Sem incisivo.

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Mello de Araujo

Nascimento: 02/12/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971036525

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Mello dos Santos Rosa

Nascimento: 16/06/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982317838

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Julia Mendel		
Nascimento:	10/06/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980879338	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Marcel Jonas	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Mendel Guanabara de Araujo		
Nascimento:	10/06/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980279331	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Menezes Celline		
Nascimento:	27/12/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	99952749	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Crislaine Ranquine	Carteira:	
Resp. Fin.:	Simone Menezes Celline	CPF Resp.Fin.:	073.980.527-40
<b>Nome:</b>	Julia Menezes S. Marinho dos Santos		
Nascimento:	25/02/2010	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964672581	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Milena da Silva Ferreira		
Nascimento:	27/12/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974257799	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Monteiro do Carmo		
Nascimento:	08/12/1984	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	103.129.827-47
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994919006	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Riso Rio	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Monteiro dos Santos

Nascimento: 12/10/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989472796

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Moura Costa

Nascimento: 30/10/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973205037

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.: Marlene de Jesus Moura

CPF Resp.Fin.: 106.281.637-46

**Nome:** Julia Oliveira Vicente

Nascimento: 10/02/1999

Sexo: Feminino

CPF: 169.808.527-36

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995941999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Pauline de A. Silva Rangel

Nascimento: 07/11/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36486484-979887081

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Pauline de Arruda Silva Rangel

Nascimento: 07/11/1999

Sexo: Feminino

CPF: 184.296.427-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36486484 968163501

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Pereira Araujo Felix de Souza

Nascimento: 29/09/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973753210

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Pereira de Oliveira

Nascimento: 24/08/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27998388

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Rafaela Silva Costa

Nascimento: 16/06/2007

Sexo: Feminino

CPF: 710.867.231-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964327222

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Rafaelle Silva

Nascimento: 10/07/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24015214

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Rangel Soares

Nascimento: 12/03/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980353026

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Raphaele Silva de Souza

Nascimento: 18/04/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998288583

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Paulo Roberto de Souza

CPF Resp.Fin.:746.492.647-15

**Nome:** Julia Rebeca Brunes de Oliveira

Nascimento: 14/02/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33566068-984276746

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Julia Ribeiro da Fonseca Silva Morini		
Nascimento:	24/01/2012	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
	Cidade:	CEP:	UF:
Telefones:	981570679	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Ribeiro da Fonseca Silva Morini		
Nascimento:	24/01/2012	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
	Cidade:	CEP:	UF:
Telefones:	981570679	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Ribeiro da Silva		
Nascimento:	18/12/2012	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
	Cidade:	CEP:	UF:
Telefones:	32922309/975348996	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Josiane Ribeiro de Araujo da Silva	CPF Resp.Fin.:	133.907.767-10
<b>Nome:</b>	Julia Robert de Oliveira Moraes		
Nascimento:	09/04/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	160.488.337-50
Bairro:		Número:	Complemento:
	Cidade:	CEP:	UF:
Telefones:	965095786	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Romaneli Schittino		
Nascimento:	16/11/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
	Cidade:	CEP:	UF:
Telefones:	24100098 / 988515361	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Marilia Rafaela	Carteira:	
Resp. Fin.:	Patricia de Oliveira Romaneli	CPF Resp.Fin.:	033.079.787-56
<b>Nome:</b>	Julia Romao da Silva Ferreira		
Nascimento:	21/06/2013	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
	Cidade:	CEP:	UF:
Telefones:	990089420	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Romao da Silva Ferreira

Nascimento: 21/06/2012

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964364599

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Rosa Santos Dalmas

Nascimento: 06/11/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980179277

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Sá Freire de Oliveira Correia

Nascimento: 02/05/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99897-7303

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Luziene Sá Freire de Oliveira

CPF Resp.Fin.:021.699.147-14

**Nome:** Julia Sampaio de Andrade

Nascimento: 31/05/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974249786

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Santos Barbosa de P. Pinto

Nascimento: 26/07/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980810429

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Santos de Oliveira

Nascimento: 17/10/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991551860

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julia Santos Paixao David

Nascimento: 21/03/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964348131

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Santos Rosa

Nascimento: 09/07/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985064386

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Soares da S. dos Santos

Nascimento: 31/05/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986759115

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Souza Mario

Nascimento: 10/04/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970352224

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Theodoro Antunes

Nascimento: 26/06/1998

Sexo: Feminino

CPF: 181.775.057-77

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970153035

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julia Thiele Ribeiro Loureiro

Nascimento: 20/04/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: Estrada Professor Daltro Santos

Número: 51

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 964102509 / 24125907

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Rejane Severiana de Almeida Ribeiro Loureiro

CPF Resp.Fin.:052.489.707-76

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Julia Torquato de Lira		
Nascimento:	07/08/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	140.226.157-88
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976846174	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Tulio Vieira de Matos		
Nascimento:	04/11/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986661412 / 34227541	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Policlinica Britanica	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Vargas Andrade		
Nascimento:	14/03/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33143691	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Vaz de Moura Moreira		
Nascimento:	01/09/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	26396721 - 993360554	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Ethiene Vaz de Moura	CPF Resp.Fin.:	084.135.067-19
<b>Nome:</b>	Julia Vianna Teodoro		
Nascimento:	15/11/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984172701	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Victoria Ribeiro Coutinho		
Nascimento:	12/08/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	22 992829717	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Julia Vieira Barros		
Nascimento:	14/02/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34038544	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Carioca	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Vieira de Andrade		
Nascimento:	07/02/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974337145	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Sem a panorâmica	E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Vitoria Nuzza		
Nascimento:	13/04/2008	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	21464765	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julia Vitoria Paiva da Silva		
Nascimento:	28/08/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	99728-8924	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julian Monteiro Pierini Macena		
Nascimento:	18/09/1995	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	156.427.937-56
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34042850 / 31 984429085	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Doctor Dent	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	juliana abila cetrangolo		
Nascimento:	22/01/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:	estrada do cabuis	CPF:	137.249.947-45
Bairro:	p de guaratiba	Número:	10 Complemento:
Telefones:	970346700/	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Aires Lemos Souza

Nascimento: 23/04/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991674015

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Alexandre da Silva

Nascimento: 14/12/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33166780

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Altomar Heinen

Nascimento: 29/01/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24 988355303

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Alves de Andrade

Nascimento: 14/09/1992

Sexo: Feminino

CPF: 123.002.957-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967680495

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Alves Maia

Nascimento: 09/01/1987

Sexo: Feminino

CPF: 114.347.237-39

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24187451

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Amorim Americo

Nascimento: 17/03/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992389595

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Juliana Andrade Camargo da Silva		
Nascimento:	29/03/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	980299938	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	Andrea Andrade de Assis	CPF Resp.Fin.:	071.919.767-80
<b>Nome:</b>	Juliana Aparecida de Almeida		
Nascimento:	28/07/1984	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	071.552.746-07
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	994986653	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Araujo da Silva		
Nascimento:	01/03/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	974135147	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Araujo Silva		
Nascimento:	09/03/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	976989561	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Arnaldo dos Santos		
Nascimento:	06/10/1987	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964014051	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Shining	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Azarany do Nascimento		
Nascimento:	01/11/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	991288673	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Barbosa de Almeida

Nascimento: 06/10/1998

Sexo: Feminino

CPF: 175.418.747-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975005288

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Barbosa de Sena Azevedo

Nascimento: 23/05/1976

Sexo: Feminino

CPF: 083.041.807-58

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24098863 / 974729272

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana barbosa Kaizer

Nascimento: 02/05/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964637433

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Barbosa Miranda

Nascimento: 04/08/1999

Sexo: Feminino

CPF: 182.176.937-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39886576 / 994583629

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Batista Botelho

Nascimento: 28/07/1992

Sexo: Masculino

CPF: 150.356.377-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24133647

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Benitz Pimentel de Souza

Nascimento: 17/01/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana bSabrina de Soza Liodorio

Nascimento: 15/01/1997

Sexo: Feminino

CPF: 181.799.567-76

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966319909

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Calheiros de Mendonça

Nascimento: 21/11/1998

Sexo: Feminino

CPF: 133.121.677-01

Logradouro: Av. Gaspar de Lemos (Condominio Morada da Ilha)

Número: LT:02

Complemento: Casa:15

Bairro: Ilha Guaratiba

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 972974834

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Cardoso de Carvalho

Nascimento: 29/09/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999750898

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Carlos da Conceição

Nascimento: 30/06/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985486450

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Casado da Silva

Nascimento: 05/08/1993

Sexo: Feminino

CPF: 153.600.157-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98527360 33646009

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Catarina Leocádia

Nascimento: 27/07/1988

Sexo: Feminino

CPF: 123.636.807-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33943051 / 964100946

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Cavalcanti da Silva

Nascimento: 10/11/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969083158

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Cequeira da Silva

Nascimento: 15/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964938534

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Cerutti Monteiro

Nascimento: 30/04/1984

Sexo: Feminino

CPF: 146.447.197-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34047276 / 995402886

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Chan Cabral da Silva

Nascimento: 24/05/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974441265

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Chaves Martins

Nascimento: 20/05/1992

Sexo: Feminino

CPF: 145.048.617-71

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34062674 / 971898710

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Conceição Braga

Nascimento: 28/07/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989545775

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Concenco Volatao

Nascimento: 22/01/1994

Sexo: Feminino

CPF: 144.636.257-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972108413

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Correa da Silva

Nascimento: 20/10/1992

Sexo: Feminino

CPF: 136.796.307-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24059362

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Correa Haua

Nascimento: 31/08/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980499831

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Correa Paulino da Silva

Nascimento: 06/03/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: Rua Gaveão

Número: 12

Complemento:

Bairro: Inhoaiba

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 990418329 / 973972741

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Joana Dark Correa da Silva

CPF Resp.Fin.: 100.194.497-63

**Nome:** Juliana Costa da Silva

Nascimento: 12/07/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964819796

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Costa Rosa Correa

Nascimento: 14/02/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970054869

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Cristina Alves de Paula

Nascimento: 16/01/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965301623

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Cristina da Silva Bernarde

Nascimento: 18/06/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993754269

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Cristina de Oliveira Ribeiro

Nascimento: 31/01/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979332854

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Cristina Miranda Elias

Nascimento: 25/05/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974956002

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Cristina Ramos Paulino

Nascimento: 09/03/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969904944

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Cristina Silva do Rosario

Nascimento: 06/09/1996

Sexo: Masculino

CPF: 172.011.627-05

Logradouro: Rua 45

Número: 67

Complemento: Casa 01

Bairro: Santa Cruz

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 994711394

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana da Conceição Santos Jordao

Nascimento: 08/06/1981

Sexo: Feminino

CPF: 117.350.537-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991289739-94857322

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana da Cruz Anjos da Silva

Nascimento: 04/02/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965875183

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana da Silva

Nascimento: 28/01/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993083170

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana da Silva Barreto

Nascimento: 08/04/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966733506

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana da Silva Braga

Nascimento: 26/07/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24103703-985503018

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana da Silva Cezar

Nascimento: 11/01/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30268248

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana da Silva Conceição

Nascimento: 13/02/1984

Sexo: Feminino

CPF: 100.479.167-45

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 957881654

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana da Silva Costa

Nascimento: 15/10/1985

Sexo: Feminino

CPF: 114.300.247-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964139212

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana da Silva Ferreira

Nascimento: 15/11/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996627982 / 980366852

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Cristiane Rangel da Silva

CPF Resp.Fin.:073.732.347-71

**Nome:** Juliana da Silva Gomes dos Santos

Nascimento: 13/04/1984

Sexo: Feminino

CPF: 133.551.367-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975041389

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana da Silva Guimaraes

Nascimento: 19/03/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991580466

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana da Silva Lopes

Nascimento: 29/12/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34064689-964684766

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Juliana da Silva Nicolau		
Nascimento:	18/06/1987	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	126.594.167-02
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964468654 / 998205905	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana da Silva Rodrigues		
Nascimento:	18/05/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	989069448	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana da Silva Santana		
Nascimento:	29/12/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974678988	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Marcel Jonas	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Daher Neto		
Nascimento:	22/07/1981	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980546745	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Dantas da Silva		
Nascimento:	23/02/1984	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	106.794.887-23
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975034415	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana de Almeida Rozario		
Nascimento:	04/03/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	165.847.137-76
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Juliana de Almeida Silva		
Nascimento:	20/07/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	99338-7791	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Sandra Regina de Almeida Silva	CPF Resp.Fin.:	075.218.597-74
<b>Nome:</b>	Juliana de França Lopes		
Nascimento:	10/08/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	967800933	E-Mail:	
Alerta Médico:	Com modelo e incisivo		
Convênio:	Campo Grande 2	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana de Jesus Pacheco		
Nascimento:	26/06/1986	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964076792	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana de Mello Monteiro		
Nascimento:	16/05/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	21980300140	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana de Oliveira Araujo		
Nascimento:	22/07/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	985826550	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Campo Grande 4	Carteira:	
Resp. Fin.:	Joyce Silva de Oliveira Nascimento de Araujo	CPF Resp.Fin.:	094.299.577-59
<b>Nome:</b>	Juliana de Oliveira do Nascimento		
Nascimento:	28/10/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	998059343	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Juliana de Oliveira Mello		
Nascimento:	23/09/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	2412-4756	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Dineia de Oliveira Mello	CPF Resp.Fin.:	893.105.437-87
<b>Nome:</b>	Juliana de Oliveira Nunes		
Nascimento:	29/05/1977	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	070.138.747-52
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	64369868	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana de Oliveira Ribeiro		
Nascimento:	03/06/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993512405	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Virginia Cabral Hatano	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana de Oliveira Santana		
Nascimento:	26/08/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974784307	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Riso Rio	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana de Sousa Raimundo		
Nascimento:	11/04/1993	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	973753303	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana de Souza Vieira		
Nascimento:	20/10/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24180774 / 992698387	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Luiz Fernando dos Reis Vieira	CPF Resp.Fin.:	534.839.017-87



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana do Espirito Santo da Silva

Nascimento: 23/04/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969121168

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana dos Reis da Costa Leite

Nascimento: 17/06/1993

Sexo: Feminino

CPF: 104.302.067-55

Logradouro: Rua Lucrecia

Número: 34

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 973512546 / 33144451

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcio Maciel

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana dos Santos Carvalho

Nascimento: 02/02/1984

Sexo: Feminino

CPF: 114.327.797-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990518966

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana dos Santos Cavalcante

Nascimento: 12/01/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34038835

E-Mail:

Alerta Médico: São 2 dentes

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana dos Santos de Oliveira

Nascimento: 16/01/1987

Sexo: Feminino

CPF: 129.786.897-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973116960 / 990290945

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana dos Santos Ferreira

Nascimento: 26/07/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana dos Santos Lopes Marinho

Nascimento: 10/05/1995

Sexo: Feminino

CPF: 154.890.987-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964268608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana dos Santos Reis

Nascimento: 13/10/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27 998489660

E-Mail:

Alerta Médico: Dois modelos mesmo, um de trabalho e outro zocalado

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana dos Santos Santana

Nascimento: 27/01/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34052557-972835215

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Adriana Maria dos Santos da Cruz

CPF Resp.Fin.:012.479.387-86

**Nome:** Juliana Fazolo Moreira

Nascimento: 24/05/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965142292

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Fernandes Rezende

Nascimento: 30/07/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980983803

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Fernandes Viana

Nascimento: 28/03/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964921675

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Ferreira Frambach

Nascimento: 29/02/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965437397

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Fontana

Nascimento: 15/02/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964975743

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Fontenele Borges

Nascimento: 04/06/1989

Sexo: Feminino

CPF: 965.025.412-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998342716

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Fontenele Borges

Nascimento: 04/06/1989

Sexo: Feminino

CPF: 965.025.412-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998642716

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Fontoura Lima

Nascimento: 06/04/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964975743

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Fortunato

Nascimento: 20/04/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995691636

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Juliana Gianotti da Silva		
Nascimento:	21/12/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970333713	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Gomes		
Nascimento:	25/05/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	998358949	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Gomes Mercedes		
Nascimento:	13/02/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975939897	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Isabel C. Pol	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Infante K. A. de Souza		
Nascimento:	29/09/1983	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964231220	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Kellen Antonio Cherem		
Nascimento:	14/03/1994	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994949423	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Lima Pedroza		
Nascimento:	28/09/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976835396	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Lima Pereira

Nascimento: 07/09/1988

Sexo: Feminino

CPF: 124.834.967-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998775208

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Linhares de Oliveira

Nascimento: 27/04/1991

Sexo: Feminino

CPF: 129.684.087-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993505803

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Lira Alhadeff

Nascimento: 21/09/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34720728

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Alexandre Moses Alhadeff

CPF Resp.Fin.:021.003.897-77

**Nome:** Juliana Lopes Calheia

Nascimento: 07/02/1995

Sexo: Feminino

CPF: 155.079.327-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24064559 968849032

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Machado Silva

Nascimento: 19/08/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969045958

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Malek de Oliveira Thibes

Nascimento: 10/01/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967248103

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Martins de Andrade

Nascimento: 24/11/1990

Sexo: Feminino

CPF: 140.598.497-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979279014

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Mendanha Silva da Costa

Nascimento: 28/10/1986

Sexo: Feminino

CPF: 119.197.037-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41063168-987536370

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Mendes de Andrade

Nascimento: 03/09/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973633246

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Mendonça Souza

Nascimento: 12/04/1985

Sexo: Feminino

CPF: 107.723.997-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998324894

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Miranda Pontes Mattos

Nascimento: 05/09/1997

Sexo: Feminino

CPF: 173.636.507-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981867796

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** juliana monteiro dos santos de assis

Nascimento: 19/05/1995

Sexo: Feminino

CPF: 168.110.907-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967202380/964254514

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Moraes da Silva

Nascimento: 03/03/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975690382

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Moraes Pinto Alves

Nascimento: 07/04/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996407037

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Natalina Silveira Mesquita

Nascimento: 25/12/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Oliveira Silva Stueker

Nascimento: 11/06/1985

Sexo: Feminino

CPF: 115.776.017-18

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981051599

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Oliveira dos Santos Lopes

Nascimento: 14/11/1988

Sexo: Feminino

CPF: 108.977.327-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988157833

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Oliveira Lira do Nascimento

Nascimento: 28/10/1990

Sexo: Feminino

CPF: 135.423.007-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998059343

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Pantaleao Menezes

Nascimento: 22/11/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971566286

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Patricia C. P. de Jesus

Nascimento: 14/07/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984390808

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Paulo Fernandes

Nascimento: 19/02/1995

Sexo: Feminino

CPF: 155.537.397-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970233895

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Pereira

Nascimento: 08/04/1982

Sexo: Feminino

CPF: 087.872.287-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997108370

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Pereira da Silva Dias

Nascimento: 23/01/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969336165

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Pinto do Nascimento de Oliveira

Nascimento: 01/08/1985

Sexo: Feminino

CPF: 115.753.917-32

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24119892

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Rangel Lima

Nascimento: 07/07/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980182445

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Rangel Marques

Nascimento: 02/06/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33166768

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Ribeiro Campos

Nascimento: 02/07/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990582049

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Ribeiro da Silva

Nascimento: 10/09/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Ribeiro da Silva

Nascimento: 09/11/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976065656

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Ribeiro de Souza

Nascimento: 23/11/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983440764

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Juliana Ribeiro Gomes		
Nascimento:	18/09/1987	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987976676	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Riter Marques Barros de Araujo		
Nascimento:	10/04/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34078666-964628667	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	Catarina Riter Marques de Araujo	CPF Resp.Fin.:	085.193.897-32
<b>Nome:</b>	Juliana Rocha dos Santos		
Nascimento:	11/08/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	31570977-964971874	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Policlinica Britanica	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Rocha Lins e Silva dos Santos		
Nascimento:	03/10/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34088993 / 987682214	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Ortho Ômega	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Rodrigues Barbosa Cavalcante		
Nascimento:	18/12/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	979999865	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Rodrigues da Silva		
Nascimento:	12/09/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	31560363 / 986386966	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Gisele Maia Rodrigues dos Santos	CPF Resp.Fin.:	011.721.377-22

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Rosa Barcelos

Nascimento: 19/02/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987918486

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Rosa Costa

Nascimento: 15/04/1994

Sexo: Feminino

CPF: 145.705.247-45

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973977694/964387498

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Sabag

Nascimento: 25/01/1984

Sexo: Feminino

CPF: 108.246.577-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999316439

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Sanches do Amparo da Silva

Nascimento: 16/05/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970458533

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Santos da Silva

Nascimento: 29/04/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996165193

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Scarlate Lemos

Nascimento: 27/09/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965292527

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Silva de Moura

Nascimento: 05/09/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990927634

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Silva de Souza

Nascimento: 25/07/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35989159

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Silva de Souza

Nascimento: 08/09/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31463382/976411877

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Olga da Silva

CPF Resp.Fin.:538.951.697-49

**Nome:** Juliana Silva dos Santos

Nascimento: 17/02/1995

Sexo: Feminino

CPF: 172.840.727-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994853726 / 974584044

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Silva dos Santos Lemos

Nascimento: 28/05/1990

Sexo: Feminino

CPF: 140.861.487-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994833470

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Silva Lopes

Nascimento: 11/05/1994

Sexo: Feminino

CPF: 156.577.647-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994794427

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Silva Torres

Nascimento: 29/12/1979

Sexo: Feminino

CPF: 833.341.145-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982753870

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Silvestre Mano

Nascimento: 28/04/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970401012

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Silvestre Mano

Nascimento: 28/04/1997

Sexo: Feminino

CPF: 179.230.327-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964655341

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Soares Da Cruz

Nascimento: 16/09/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24120846

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Joselia Barbosa da Silva Soares

CPF Resp.Fin.:012.393.527-00

**Nome:** Juliana Soares Fernandes

Nascimento: 23/10/1998

Sexo: Feminino

CPF: 159.796.027-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23941631-965883738

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Soares Martins

Nascimento: 24/12/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974483015

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliana Soares Muzy

Nascimento: 18/08/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23941727

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Soares Tomaz

Nascimento: 29/10/1994

Sexo: Feminino

CPF: 153.152.557-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991962164

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Souza Moreira

Nascimento: 13/10/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34064700-980830108

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Souza Vieira

Nascimento: 20/10/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24180771

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Tavares de Aguiar

Nascimento: 01/04/2002

Sexo: Feminino

CPF: 179.030.127-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24092189 / 998847907

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliana Tenorio

Nascimento: 30/12/1991

Sexo: Feminino

CPF: 149.691.557-71

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999441754

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Juliana Torres Resende		
Nascimento:	14/04/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987250285	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Vasconcellos Botelho Maia		
Nascimento:	26/10/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991715287	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Vasques Caldeira		
Nascimento:	10/10/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33147375	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Vasques Caldeira		
Nascimento:	10/10/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33947375-966011530	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Viana Fernandes		
Nascimento:	30/12/1994	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965896842	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliana Vieira Silva		
Nascimento:	24/03/1993	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	142.600.277-78
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24160932-993495361	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dentista 10	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliane Caroline Lisboa Paiva

Nascimento: 20/03/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969116465

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane Cruz Dantas

Nascimento: 27/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966639396

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane da Conceição Michel

Nascimento: 01/07/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24063642

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane da Silva Barbosa

Nascimento: 16/11/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: Rua das Aroeiras

Número: 09

Complemento:

Bairro: Brito

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 33773282 / 981819387

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec 02

Carteira:

Resp. Fin.: Joarez Alves Barbosa

CPF Resp.Fin.:407.113.907-20

**Nome:** Juliane de Oliveira

Nascimento: 13/09/1991

Sexo: Feminino

CPF: 153.893.387-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991215171

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane dos Santos Silva

Nascimento: 15/06/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964347422

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliane dos Santos Tostes

Nascimento: 13/09/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24157748

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane dos Santos Tostes

Nascimento: 13/09/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24157748

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane Ferreira de O. de Souza Nunes

Nascimento: 05/05/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986255254

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane Ferreira de Oliveira de Souza Nunes

Nascimento: 05/05/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986255254

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane Ferreira Machado

Nascimento: 31/07/1990

Sexo: Feminino

CPF: 132.571.627-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980346698

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane Ferreira Telles

Nascimento: 14/06/1996

Sexo: Feminino

CPF: 112.204.297-32

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995874646

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Juliane Maria de Oliveira Gomes

Nascimento: 24/07/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33540892-965748670

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane Maria de Oliveira Gomes

Nascimento: 24/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33540892-997214246

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane Rosa de Lima

Nascimento: 27/02/1995

Sexo: Feminino

CPF: 153.032.247-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31561323-985585334

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane Santa Anna jaguari

Nascimento: 26/05/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970194366

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliane Silva de Lima

Nascimento: 25/03/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9992558795

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Tania Gil

Carteira:

Resp. Fin.: Cleber Souza de Lima

CPF Resp.Fin.:078.210.717-65

**Nome:** Juliani da Cunha da Silva

Nascimento: 23/02/1988

Sexo: Feminino

CPF: 119.835.707-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24105092

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julianna Brito Soares

Nascimento: 08/04/1994

Sexo: Feminino

CPF: 148.215.787-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991627459

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julianna Souza de Oliveira

Nascimento: 07/08/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982452167

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliano Carvalho dos Santos

Nascimento: 01/10/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31557484-990447769

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliano Carvalho dos Santos Silva

Nascimento: 01/10/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31557484

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliano Cordeiro da Silva

Nascimento: 12/01/1985

Sexo: Masculino

CPF: 111.805.307-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981719369

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliano Edimilson Alves Nunes

Nascimento: 24/03/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998023383

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Juliano Ferreira Caldas		
Nascimento:	18/06/1974	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981288042	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliano Paula Costa Serpa		
Nascimento:	18/05/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	138.066.097-13
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	973467107	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 1	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juliano Peixoto de Souza Barros		
Nascimento:	28/02/1981	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	056.810.257-64
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985647368	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Inorte	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julie Agatha Pinto		
Nascimento:	23/08/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Rua Soldado Eliseu Hipolito	CPF:	
Bairro:	Pedra de Guabatiba	Número: 21	Complemento:
Telefones:	41056530 / 980293560	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julie de Oliveira Vasconcellos		
Nascimento:	08/08/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985533998	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julie Salles da Cruz		
Nascimento:	10/02/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	982378213	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julie Sevilha Fracisco

Nascimento: 18/12/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984265965

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliene Faria de Medeiros

Nascimento: 05/01/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994894995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliene Viana Fernandes Costa

Nascimento: 30/12/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980238036

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juliette Souza da Silva

Nascimento: 05/05/1992

Sexo: Feminino

CPF: 063.209.977-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968150523

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julinalva Maria Cardoso

Nascimento: 29/07/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33149693

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Alex Ferreira

Nascimento: 13/09/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31568388

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Andrey da Silva Mendonça de Oliveira

Nascimento: 09/01/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Auboch Fraga

Nascimento: 03/06/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979138158

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Balbino Camelo

Nascimento: 16/06/1987

Sexo: Masculino

CPF: 131.089.737-97

Logradouro: Rua Blutão Lt 19 Quadra G

Número:

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 994638696

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Júlio Balbino Camelo

Nascimento: 16/06/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Castro de Oliveira

Nascimento: 17/02/1975

Sexo: Masculino

CPF: 071.791.947-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24354370-996350523

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Tinoco

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Alves dos Santos

Nascimento: 08/03/2001

Sexo: Masculino

CPF: 188.738.677-74

Logradouro: Rua Menino Jesus de Praga

Número: 39

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 33945381 / 994406566

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Cesar Andrade Bernardo

Nascimento: 05/06/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981308273

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Antunes da Rocha

Nascimento: 25/03/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992935996

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Bayer dos Santos

Nascimento: 04/11/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997692876

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Cardoso do Carmo

Nascimento: 11/06/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973950902

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar costa Motta

Nascimento: 26/07/1971

Sexo: Masculino

CPF: 003.325.287-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984562616

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar da Silva

Nascimento: 23/04/1996

Sexo: Masculino

CPF: 061.058.887-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973891297

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Cesar da Silva Gomes

Nascimento: 09/07/1998

Sexo: Masculino

CPF: 173.505.787-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33952097-997755411

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar da Silva Moraes

Nascimento: 17/09/1979

Sexo: Masculino

CPF: 080.144.837-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970155139

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar da Silva Sobrinho

Nascimento: 04/07/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970382590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar de Lima Silva

Nascimento: 05/04/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965497654

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar de Oliveira Santos

Nascimento: 22/12/1981

Sexo: Masculino

CPF: 053.434.807-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982765216

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar de Souza Cordeiro

Nascimento: 03/12/1984

Sexo: Masculino

CPF: 109.264.477-69

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964265423-986637592

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Cesar de Souza Cordeiro

Nascimento: 03/12/1984

Sexo: Masculino

CPF: 109.264.477-69

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986637592

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar de Souza Gomes

Nascimento: 09/07/1956

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964112319

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar de Souza Silva

Nascimento: 01/10/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991108840

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Dias de Oliveira

Nascimento: 04/11/1972

Sexo: Masculino

CPF: 034.341.007-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964197261

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Dias de Souza

Nascimento: 05/10/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973184198

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Ferreira

Nascimento: 07/12/1951

Sexo: Feminino

CPF: 265.338.047-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33143129-987561500

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Cesar Filgueira

Nascimento: 22/01/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980606270

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar França Rodrigues

Nascimento: 29/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail: filho da Amanda RS

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Fredler Mendonça

Nascimento: 22/12/1991

Sexo: Masculino

CPF: 061.162.157-69

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98476896 /33540643

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Gomes

Nascimento: 04/07/1950

Sexo: Masculino

CPF: 336.481.907-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31084118

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Gonçalves da Silva

Nascimento: 08/10/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24136978-964848416

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Katia Gonçalves

CPF Resp.Fin.:090.969.847-30

**Nome:** Julio Cesar Lambone Duarte

Nascimento: 11/12/1991

Sexo: Masculino

CPF: 158.356.247-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34274033 / 995941818

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Cesar Leite

Nascimento: 27/04/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24038938

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Lima de Sousa

Nascimento: 18/06/1987

Sexo: Masculino

CPF: 120.721.837-58

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982768018

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Lima de Souza

Nascimento: 18/06/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984741842

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Lima Mesquita

Nascimento: 20/10/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24064014 - 986530620

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Lopes

Nascimento: 10/07/1968

Sexo: Masculino

CPF: 000.567.017-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964152315

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Lopes da Silva Araujo

Nascimento: 06/04/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995988834

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Cesar Macedo de Oliveira

Nascimento: 08/04/1978

Sexo: Masculino

CPF: 082.353.027-21

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976335010

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Mariano

Nascimento: 19/07/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975738744

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Martins de Azevedo

Nascimento: 29/06/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976007264

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Maximo de Paula

Nascimento: 06/01/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964991971

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Moraes

Nascimento: 23/07/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970078730

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Moreira Gonçalves

Nascimento: 30/05/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964052329

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Cesar Moreira Souza

Nascimento: 07/10/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39026933

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Oliveira Lopes Fausto

Nascimento: 07/02/1995

Sexo: Masculino

CPF: 151.105.627-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968968307

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Pereira

Nascimento: 23/10/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970088686

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Pereira

Nascimento: 10/03/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990748694

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Pereira de Oliveira

Nascimento: 01/09/1955

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983585013

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Ribeiro da Cruz

Nascimento: 10/11/1983

Sexo: Masculino

CPF: 106.986.147-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982229922

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Gleissiane Oliveira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Cesar Ribeiro de Jesus

Nascimento: 18/09/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981621866

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Ribeiro de Sousa

Nascimento: 07/05/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997390228

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Ribeiro Portes

Nascimento: 13/02/1964

Sexo: Masculino

CPF: 801.308.797-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986274566

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Rodrigues Neto

Nascimento: 08/08/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980874999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Sampaio do Nascimento

Nascimento: 01/01/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970352438

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Santana

Nascimento: 08/04/1962

Sexo: Masculino

CPF: 758.639.107-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 977395538

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Cesar Silva de Andrade

Nascimento: 09/06/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996161082

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cesar Soares Gomes

Nascimento: 25/09/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 2108-4118

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Adriana Soares

CPF Resp.Fin.:892.437.497-49

**Nome:** Julio Cesar Vicente Rosa

Nascimento: 02/10/1987

Sexo: Masculino

CPF: 115.949.927-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964314778

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cezar Escrevante de Barros

Nascimento: 17/09/1997

Sexo: Masculino

CPF: 176.647.937-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976916537

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cezar Jorge de Souza

Nascimento: 30/03/1960

Sexo: Masculino

CPF: 625.069.197-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980720792

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Cezar Lima

Nascimento: 20/10/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980222801 -986530620

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Cezar Rodrigues Knupp

Nascimento: 08/05/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964017576

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Correa

Nascimento: 19/09/1971

Sexo: Masculino

CPF: 020.924.037-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982360363

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Dias Fontoura da Silva

Nascimento: 02/06/1991

Sexo: Masculino

CPF: 144.935.817-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980863367

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Ferreira de Melo

Nascimento: 03/01/1986

Sexo: Masculino

CPF: 112.196.947-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976199870

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Gabriel Costa Santos

Nascimento: 09/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968682822

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Goulart de Moura Valente

Nascimento: 18/06/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994556063

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julio Majerwicz Maneschy

Nascimento: 17/07/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986883200

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Marcelo Pereira da Silva

Nascimento: 13/07/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31587323

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Marculino da Silva

Nascimento: 18/01/1967

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973137786

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Pereira de Resende

Nascimento: 16/06/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996865920

E-Mail:

Alerta Médico: Interproximal do lado direito

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Queiroz de Araujo Filho

Nascimento: 25/07/1959

Sexo: Masculino

CPF: 552.781.167-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982328952

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julio Queiroz de Araujo filho

Nascimento: 25/07/1959

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982328952

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Julio Santos de Azevedo		
Nascimento:	10/04/2011	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	36868272	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julle Sharon Naomi Sousa Oliveira		
Nascimento:	19/05/1993	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	968403714	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jullia Vitoria Pinho da Motta		
Nascimento:	22/12/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964399154	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Center	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julliana Cardoso		
Nascimento:	25/07/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976662157	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Espaço Sorrir / Estação Sorrir	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julliane Sobral de Abreu		
Nascimento:	05/02/1988	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987291520	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Julliany de Oliveira Santos		
Nascimento:	21/04/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	27992120-991912083	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	June Fernanda	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jullie de Souza Cotta		
Nascimento:	06/06/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34036225	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Shining	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jully dos Santos Gomes Serafim		
Nascimento:	22/09/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31559719	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jully Ferreira da Silva		
Nascimento:	16/02/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	995017955	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jully Vitoria Martins Oliveira		
Nascimento:	23/03/2006	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	26813119-972875326	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 1	Carteira:	
Resp. Fin.:	Daiane Martins	CPF Resp.Fin.:	106.873.837-57
<b>Nome:</b>	Jullyana Maria do Nascimento		
Nascimento:	24/07/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33135929 / 974347501	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jullyane Valentim Braga		
Nascimento:	20/05/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	161.156.957-59
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	97439-7149	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jullyanna Lucia R. L. Mueller

Nascimento: 28/07/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970024287

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** July Lippma da Fonseca

Nascimento: 11/04/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999857262

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julya da Rocha Correa

Nascimento: 18/08/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33775372 / 976649238

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Flavia e Dra Marcela

Carteira:

Resp. Fin.: Érika de Souza da Rocha

CPF Resp.Fin.:096.892.897-80

**Nome:** Julya Marcelly Oliveira da Costa

Nascimento: 23/11/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964140414

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julyana Barbosa Carvalho

Nascimento: 05/10/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: Rua Aurezona s/n LT 15 QD: J

Número:

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF:

Telefones: 987654018 / 982470408

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Facilidente

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Angelica Barbosa Carvalho

CPF Resp.Fin.:086.593.677-31

**Nome:** Julyana Costa Viera

Nascimento: 11/03/1984

Sexo: Masculino

CPF: 006.366.631-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964527204

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Julyana Madeira Fernandes Brivio

Nascimento: 31/07/1988

Sexo: Feminino

CPF: 137.985.547-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979831615

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julyana Rodrigues Cardoso

Nascimento: 03/04/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971070584

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julyanna de Figueiredo Pereira

Nascimento: 04/06/1990

Sexo: Feminino

CPF: 142.534.147-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998201107

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Julyanne Aparecida Gonçalves

Nascimento: 25/04/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967581652

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juma Correa dos Santos

Nascimento: 10/05/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34529997

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Junior Barbosa Alves Pereira

Nascimento: 19/05/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Junior Fontes Tavares		
Nascimento:	01/06/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33560527	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Cintia dos Anjos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Junior Hilario da Silva		
Nascimento:	02/05/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	111.303.657-51
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991483783	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Junior Nascimento da Silva		
Nascimento:	25/07/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	32863153-994555032	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:	Sonia Maria	CPF Resp.Fin.:	021.688.117-09
<b>Nome:</b>	Junne Sant anna Machado		
Nascimento:	05/11/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	144.816.837-67
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981569561	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Junne Santanna		
Nascimento:	05/11/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991308250	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto White	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jupira Leal Correa da Silva		
Nascimento:	28/11/1971	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33172700	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Juraci de Oliveira Mange				
Nascimento:	04/10/1943	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34090059			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juraci Oliveira Mange				
Nascimento:	04/10/1943	Sexo:	Masculino	CPF:	091.834.167-14
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34090059			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juraci Rosa da Luz				
Nascimento:	28/10/1976	Sexo:	Masculino	CPF:	634.678.601-68
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34033995			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juracy Marques de Asis				
Nascimento:	17/08/2002	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	991076152			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Amor Saude			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jurandir Ferreira				
Nascimento:	18/01/1945	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33842104			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Cencro			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jurandyr Duarte de Oliveira				
Nascimento:	02/02/1951	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	35076042			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jurema Andrade Silva Diogo

Nascimento: 04/01/1970

Sexo: Feminino

CPF: 010.925.817-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jurema de Lima da Paz

Nascimento: 24/07/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990481292

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jurema Ferreira Azevedo

Nascimento: 09/02/1953

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24013570

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jurema Porto da Trindade

Nascimento: 23/09/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jurema Quaresma Cordeiro

Nascimento: 28/07/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998793306

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Juremi Firmino Alves

Nascimento: 15/10/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979113822

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jusanbro Kitagima		
Nascimento:	03/05/1939	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24134018	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dentacc	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juscelino Batista da Silva		
Nascimento:	20/03/1956	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31551766	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juscilene Jesus Almeida		
Nascimento:	28/03/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969506455	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jussara Alves dos Santos		
Nascimento:	26/02/1971	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	006.146.487-26
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985817124	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jussara Chaves Soares de Melo		
Nascimento:	08/07/1982	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991647132	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jussara da Silva		
Nascimento:	01/02/1964	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970034303	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Jussara das Graças de Almeida Ribeiro

Nascimento: 27/11/1950

Sexo: Feminino

CPF: 410.482.617-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31065012-981650378

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Raphael Nascimento

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jussara de Medeiros

Nascimento: 12/04/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976608903

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jussara de Oliveira Amador

Nascimento: 05/12/1970

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984401407

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jussara de Oliveira Pinheiro

Nascimento: 06/08/1958

Sexo: Feminino

CPF: 790.521.007-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24118291/971552383

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jussara Lucia Santos da Silva

Nascimento: 20/03/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990235909

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Jussara Sutil dos Santos

Nascimento: 29/12/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985662843

E-Mail:

Alerta Médico: Paciente optou por fazer o modelo de gesso / Não veio no pedido.

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Jussara Alves de Lima		
Nascimento:	18/09/1977	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	997420094	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jussyle Gomes Ferreira		
Nascimento:	07/02/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	973202197	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jusyano Bernardo da Silva		
Nascimento:	17/04/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965874047	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Juvanildo dos Anjos Souza		
Nascimento:	23/10/1983	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991096612	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Jylyanna Fidalgo Freitas		
Nascimento:	18/02/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kadu Carvalho e Almeida		
Nascimento:	25/11/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	23940207 986578714	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Zaine Carvalho de Almeida	CPF Resp.Fin.:	072.975.947-41

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kaick Oliveira de Aragão		
Nascimento:	19/03/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964910882	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Flavia e Dra Marcela	Carteira:	
Resp. Fin.:	Guilherme Silva de Aragão	CPF Resp.Fin.:	053.578.367-10
<b>Nome:</b>	Kaik Benevenuto Pinsani		
Nascimento:	03/08/2007	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964824722	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaik Vieira Grigolato Machado		
Nascimento:	19/11/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31084245	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Luciele Vieira	CPF Resp.Fin.:	098.582.077-27
<b>Nome:</b>	Kaik Willians T. Gonçalves		
Nascimento:	06/01/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966621719	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaike Augusto Martins Coelho		
Nascimento:	29/05/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979134273	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaike da Silva A. Pereira		
Nascimento:	02/12/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	971964825	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaike da Silva Alves Pereira

Nascimento: 02/12/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971964882

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaiki Alves da Silva Lago

Nascimento: 21/03/2003

Sexo: Masculino

CPF: 148.972.367-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99298-2594

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaiky da Costa Jorge

Nascimento: 25/03/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989528110

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaiky dos Reis dos Santos

Nascimento: 12/08/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968283929

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaiky dos Santos Rodrigues

Nascimento: 05/06/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964896819

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaiky Pereira da Silva

Nascimento: 01/08/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990304933-+996182160

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaiky Pereira da Silva

Nascimento: 01/08/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996182160

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaila Mara Gadelha Santos

Nascimento: 07/04/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965837372

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kailany Cristo Rossini

Nascimento: 08/03/2007

Sexo: Feminino

CPF: 159.879.757-35

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31583429-985873429

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Riso Rio

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kailany Gomes Palmeira

Nascimento: 14/11/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969930660

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kailany Jennifer de Souza Silva

Nascimento: 09/03/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987350673

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kailayne Alves do Nascimento

Nascimento: 26/06/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990647618

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaillaene Alves Fagundes

Nascimento: 10/01/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980504543 78984279

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Jessica Bastos Toste

CPF Resp.Fin.: 161.584.347-79

**Nome:** Kaillany Leite dos Santos

Nascimento: 08/09/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969729580

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kainan da Silva Fonseca

Nascimento: 30/01/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35513946-982848848

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.: Barbara Rosane Freire de Lima

CPF Resp.Fin.: 533.932.797-34

**Nome:** Kaine Cristina de Souza Cardoso

Nascimento: 21/06/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985234644

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Borges Soares

Nascimento: 24/09/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984429655

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** kaio Castro Luiz dos S. Fonseca

Nascimento: 04/10/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966170905

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaio Cesar Santos de Pontes

Nascimento: 18/06/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36859127

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Cesar Santos de Pontes

Nascimento: 18/06/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980271906

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Costa Moraes

Nascimento: 30/01/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970018761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Raque Cristina da Costa

CPF Resp.Fin.:082.751.377-13

**Nome:** Kaio da Assunção Cavalline

Nascimento: 06/08/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio da Silva Cirino dos Santos

Nascimento: 16/12/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988266018

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Daniel a Souza

Nascimento: 27/02/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34059135

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Tatiane dos santos assunção

CPF Resp.Fin.:142.644.897-09



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaio de Jesus Cruz da Silva

Nascimento: 11/08/1997

Sexo: Masculino

CPF: 171.885.877-95

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987144856

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio de Souza Lima da Silva

Nascimento: 16/12/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995713020

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Diogo Correa Oliveira

Nascimento: 18/06/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990666825

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio dos Santos Rodrigues

Nascimento: 20/01/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969848683

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Fabio da Silva Oliveira

Nascimento: 05/03/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976394512

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Firmino dos Santos

Nascimento: 25/02/2001

Sexo: Masculino

CPF: 181.785.867-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964419677

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaio Henrique Lopes da Silva

Nascimento: 28/08/1996

Sexo: Masculino

CPF: 175.657.557-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33944110 / 966772678

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Leonardo Ribeiro da Cruz

Nascimento: 11/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968204745

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Lopes da Silva

Nascimento: 22/12/2006

Sexo: Masculino

CPF: 203.724.377-45

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964455103

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Martins Vicente

Nascimento: 18/04/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966538940

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaio Matheus Tito Gonçalves

Nascimento: 24/07/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966621719

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaique da Silva Gonçalves

Nascimento: 08/08/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975056249

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaique de Oliveira Martins

Nascimento: 25/10/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993446069

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaique de Oliveira Martins

Nascimento: 25/10/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993446069

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaique Elias Liberato da Silva

Nascimento: 18/02/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965291045

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaique Magdalena

Nascimento: 09/02/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969035170

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaique Manhaes Timoteo

Nascimento: 05/06/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34070632

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaique Richard Gonçalves Pereira

Nascimento: 23/12/1993

Sexo: Masculino

CPF: 152.633.837-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992480971

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kaique Richard Gonçalves Pereira		
Nascimento:	23/12/1993	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	992480971	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaique Saturnino da Silva		
Nascimento:	09/12/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975380530	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaique Soares Santos		
Nascimento:	14/06/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	117.700.337-69
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993139635	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 2	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaiqui Alves Ferreira		
Nascimento:	15/09/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	995518137	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaisa Pinto dos Santos		
Nascimento:	09/06/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970191279-32926374	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 2	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	kaisa Pinto dos Santos		
Nascimento:	09/06/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	32926374-999206858	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaiser de Albuquerque Moreira Junior

Nascimento: 15/06/1987

Sexo: Masculino

CPF: 059.051.227-76

Logradouro: Rua Heitor da Mora Ferreira

Número: 37

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 984656540

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaiuan Pereira Abreu

Nascimento: 07/12/2001

Sexo: Masculino

CPF: 179.075.327-95

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990184774

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Raphael Nascimento

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaleb Figueredo de Almeida

Nascimento: 14/02/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980704970

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaline Batista Lima

Nascimento: 24/04/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993738421

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaluana Lima de Carvalho

Nascimento: 03/07/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: (24) 999831074

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Carla Dasmaceno

CPF Resp.Fin.:016.788.147-76

**Nome:** Kalyne Vitoria Oliveira Ramos

Nascimento: 07/07/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33942393

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kamila Alves Zagui Peliciano

Nascimento: 01/10/1989

Sexo: Feminino

CPF: 134.662.387-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999473610

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamila Costa Almeida

Nascimento: 07/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986175757

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamila da Coceição dos Santos

Nascimento: 20/04/1999

Sexo: Feminino

CPF: 145.793.097-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984145594

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.: Priscila Alves

CPF Resp.Fin.:098.013.097-25

**Nome:** Kamila Darlen de Mattos Rubens

Nascimento: 08/12/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970591789

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamila de Paula Batista

Nascimento: 27/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991493485

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamila Pereira

Nascimento: 10/06/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989132446

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kamila Pereira do Nascimento

Nascimento: 06/08/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979462518

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamila Rocha Tavares

Nascimento: 27/02/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980164822

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamila Vizeu de LimaPedro

Nascimento: 01/02/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23943888

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Mirian Cristina Duarte Vizeu

CPF Resp.Fin.:099.207.267-02

**Nome:** Kamile da Silva Santos

Nascimento: 14/04/1994

Sexo: Feminino

CPF: 150.788.037-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964467589

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamile de Jesus Coelho

Nascimento: 24/08/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976415361 / 26823824

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Marlucia Maria de Jesus

CPF Resp.Fin.:088.917.217-00

**Nome:** Kamile Vitoria Miranda Moraes

Nascimento: 18/04/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989311487

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kamilla da Silva

Nascimento: 24/06/1997

Sexo: Feminino

CPF: 171.855.187-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991534715

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamilla Silva Paulino

Nascimento: 20/09/1991

Sexo: Feminino

CPF: 142.115.947-37

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98650-9480

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamille Santana de Jesus

Nascimento: 02/05/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987120661

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamille Vitoria Torres Rodrigues

Nascimento: 01/05/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964818224

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** kamilly Andressa A. de Freitas

Nascimento: 22/05/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991678016

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamilly Aparecida Frossard da Silva

Nascimento: 30/07/1990

Sexo: Feminino

CPF: 136.057.237-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985486167

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.: Tiene Frossard

CPF Resp.Fin.:097.218.237-32



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kamilly Dias Eloy

Nascimento: 30/03/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24125756

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamilly Vitoria P. Lima

Nascimento: 17/11/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968011647

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Kelly Cristina

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamily Carneiro

Nascimento: 18/09/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33656748

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamily de Oliveira

Nascimento: 16/09/1996

Sexo: Feminino

CPF: 183.253.407-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983578761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamily Paiva Monteiro

Nascimento: 25/02/2014

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986082595

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamily Vitoria Cunha Almeida

Nascimento: 22/04/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975675163

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kamyla Cristina de Assis Tinoco

Nascimento: 25/07/1997

Sexo: Feminino

CPF: 184.684.357-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969339036

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** kamyla cruz abraao da silva

Nascimento: 17/11/1996

Sexo: Feminino

CPF: 171.386.817-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34024484/992503732

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamyle Ferreira de Souza

Nascimento: 21/01/1994

Sexo: Feminino

CPF: 159.480.497-44

Logradouro: Rua Cotiporan

Número: LT:07

Complemento: QD:55

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 34069118 / 33142385

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamyle Siqueira de Melo

Nascimento: 03/05/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamylei Victoria da S. Gama de Souza

Nascimento: 11/05/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973412732

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kamylle dos Santos Camelo

Nascimento: 02/12/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984476378

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kamyly Martins Conceição

Nascimento: 29/04/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973047856

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaoma Aparecida Teixeira

Nascimento: 01/06/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993989244

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karem Malhado Mesquito

Nascimento: 25/11/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993724192

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karem Simao do Espirito Santo

Nascimento: 17/03/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976891125

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Aperibencio Vilela

Nascimento: 11/08/1992

Sexo: Feminino

CPF: 128.988.027-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970393719

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Cristina de A. Tinoco

Nascimento: 25/01/1992

Sexo: Feminino

CPF: 152.407.807-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997758473

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karen Cristina de Oliveira Tavares

Nascimento: 15/02/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31550362

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Cristine Avelino Marques

Nascimento: 29/08/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991036791

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Cristine Rodrigues Franco

Nascimento: 30/12/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970056421

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Cristinne E. de Assis Lima

Nascimento: 16/05/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984367765

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen da Luz de Carvalho

Nascimento: 21/03/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3403-7361

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen da Silva

Nascimento: 13/01/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987752247

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karen da Silva Mendes

Nascimento: 27/05/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34863936 / 78840747

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Tatiana Souza da Silva

CPF Resp.Fin.: 102.416.387-39

**Nome:** Karen da Silva Sampaio

Nascimento: 28/09/1993

Sexo: Feminino

CPF: 136.619.557-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965602621

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen da Silva Santos

Nascimento: 04/08/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991018135

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen de Araujo Bastos

Nascimento: 09/02/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999999013

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Policlínica Britânica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen de Lima Reis

Nascimento: 17/05/1994

Sexo: Feminino

CPF: 156.491.837-83

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964873072

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Dias da Conceição Paula

Nascimento: 06/10/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965645446

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Eva Soares Dias

CPF Resp.Fin.: 119.030.017-65

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karen dos Santos

Nascimento: 18/03/1996

Sexo: Feminino

CPF: 170.568.637-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969297707

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Elisa A. Avelino

Nascimento: 30/01/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966620238

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Fernandes Senra

Nascimento: 08/08/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33162069

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Ferreira M. dos Santos

Nascimento: 11/07/1995

Sexo: Feminino

CPF: 154.301.047-44

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991457594

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Ferreira Martins dos Santos

Nascimento: 11/07/1995

Sexo: Feminino

CPF: 154.301.047-44

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991457594

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Goulart Borges

Nascimento: 28/02/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979971756

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Rosana Goulart de Carneiro

CPF Resp.Fin.:078.944.697-93

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karen Isabela Souza Silva

Nascimento: 19/04/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985873573

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Lane dos S. da S. Menezes

Nascimento: 19/09/1994

Sexo: Feminino

CPF: 161.353.487-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970049762

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Letícia C. da Silva

Nascimento: 02/12/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964034173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Lopes Dutra

Nascimento: 26/05/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967242352

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Medeiros

Nascimento: 01/09/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970025553

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Nunes dos Santos Constancio

Nascimento: 09/12/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983273301

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karen Patricia Diniz Rodrigues

Nascimento: 29/02/1984

Sexo: Feminino

CPF: 102.499.137-71

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994613997

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Pereira de Souza

Nascimento: 29/12/1993

Sexo: Feminino

CPF: 172.175.657-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966889893

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Sacramento Cortes

Nascimento: 19/11/1985

Sexo: Feminino

CPF: 109.987.257-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979483185

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Sales de Matos

Nascimento: 13/09/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998369393

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Santos de Menezes

Nascimento: 17/03/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964252877

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Santos Quiroga

Nascimento: 23/07/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965841225

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karen Valin da Silva

Nascimento: 23/02/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981460817

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Vitoria Carvalho da Silva

Nascimento: 26/09/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975722012

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Vitoria R. de Souza

Nascimento: 05/12/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30853292

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karen Vitoria R.de Souza

Nascimento: 05/12/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30853292

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karenn Alexandra de Oliveira

Nascimento: 02/06/1997

Sexo: Feminino

CPF: 177.452.717-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3155-7259 / 99236-8299

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karia Cristina Pinheiro Soares

Nascimento: 10/12/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976045995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Karin Etihel Osorio Vera		
Nascimento:	19/01/1980	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991914349	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Unidental Clinica	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	karina Alves da conceicao		
Nascimento:	14/12/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984145594	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karina Cajaiba dos Santos		
Nascimento:	13/06/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985505444	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Center	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karina Cristina R. de S. dos Santos.		
Nascimento:	11/04/1991	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994095863	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Doctor Dent	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karina da Silva Matheus		
Nascimento:	14/10/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991974713	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karina da Silva Soares		
Nascimento:	06/12/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	164.706.247-07
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	995608037	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karina de Almeida Azevedo

Nascimento: 20/01/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993121561

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina de Almeida Azevedo Araujo

Nascimento: 20/01/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993121561

E-Mail:

Alerta Médico: Sem modelo

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina de Almeida Costa

Nascimento: 15/04/2000

Sexo: Feminino

CPF: 176.000.537-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 75625404

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Maildes Azevedo da Costa

CPF Resp.Fin.:019.474.837-57

**Nome:** Karina de Jesus Carneiro de Souza

Nascimento: 26/05/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9972708061

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina de Jesus dos Santos

Nascimento: 28/05/1998

Sexo: Feminino

CPF: 172.373.207-93

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976064457

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina de Jesus Santos

Nascimento: 05/11/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968364597

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amo Odonto

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karina Deodato da Silva

Nascimento: 05/12/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964284613

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Dias da Conceição Paula

Nascimento: 27/07/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965645446

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Eva Soares Dias

CPF Resp.Fin.: 119.030.017-65

**Nome:** Karina Duda Moraes

Nascimento: 06/02/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983999102

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Felix da Fonseca

Nascimento: 07/02/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33949902-993485888

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Ferreira da Silva de Assis

Nascimento: 27/02/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967295589

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Gabriela Oliveira dos Santos Almeida

Nascimento: 30/07/1990

Sexo: Feminino

CPF: 143.430.687-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974022620

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karina Guimarães da Silva

Nascimento: 10/04/1991

Sexo: Feminino

CPF: 140.015.797-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998738560 / 24172380

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Lima de Araujo

Nascimento: 11/07/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964789352

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Marcal Gomes

Nascimento: 12/09/1997

Sexo: Feminino

CPF: 178.772.957-58

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34223825-990439731

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Martins do Carmo

Nascimento: 13/05/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964695929

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Matos de Oliveira

Nascimento: 14/09/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37871136 / 987652134

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Jaqueline Cristina Matos de Souza de Oliveira

CPF Resp.Fin.:074.561.417-54

**Nome:** Karina Nascimento Gonçalves

Nascimento: 28/04/1989

Sexo: Feminino

CPF: 113.308.317-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31057455-964254145

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karina Nunes Vitor

Nascimento: 26/12/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982209129

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Oliveira Gomes

Nascimento: 11/03/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976627674

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Wagner Oliveira Marques Junior

CPF Resp.Fin.:059.502.037-20

**Nome:** Karina Oliveira Zarate

Nascimento: 15/03/1997

Sexo: Feminino

CPF: 127.085.497-66

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993113779

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Pereira de Sousa

Nascimento: 03/06/1998

Sexo: Feminino

CPF: 180.012.537-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979205097

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Pinto da Silva

Nascimento: 17/05/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974086972

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Queiroz da Silva

Nascimento: 09/04/1999

Sexo: Feminino

CPF: 175.548.957-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991717242

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karina Romeiro Vieira

Nascimento: 30/05/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973364862

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Santos de Oliveira

Nascimento: 15/09/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34276891

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Silva de Oliveira

Nascimento: 21/10/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964020535

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Soares da Conceição

Nascimento: 19/02/1993

Sexo: Feminino

CPF: 155.484.317-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34031869-965894466

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Vitoria Amorim Genazio

Nascimento: 09/05/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968209707

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Vital Sorriso

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karina Vitoria Gomes dos Santos

Nascimento: 25/06/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986467882

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Karine Carvalho da Silva Maronhas		
Nascimento:	16/11/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	967418951	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dr Regis	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karine Cristina Ilario		
Nascimento:	28/04/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979515157	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto White	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karine de Lima Gomes		
Nascimento:	11/01/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970052856	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karine de Moura Nunes		
Nascimento:	04/08/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	201.112.347-00
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988026798	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karine do Nascimento M. Fernandes		
Nascimento:	30/06/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	998290642	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karine Fabiane Rodrigues Nunes Nobre		
Nascimento:	14/05/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	107.674.537-78
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987599435	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karine Hewelyn do Nascimento Souza

Nascimento: 03/12/1997

Sexo: Feminino

CPF: 180.965.327-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968439057

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karine Katlem da Silva Lima

Nascimento: 03/04/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 95544962

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karine Lopes da Rocha

Nascimento: 12/11/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995983935

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karine Martins a Silva

Nascimento: 14/11/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33642281

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karine Martins da Silva

Nascimento: 14/11/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33642281 / 973381221

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karine Martins Guilherme

Nascimento: 22/07/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34693597

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karine Mathias Almeida

Nascimento: 18/01/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984687054

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karine Nascimento Costa

Nascimento: 31/01/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972833872

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karine Rozendo dos Santos

Nascimento: 15/01/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980804535

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karine Silva da Costa

Nascimento: 12/09/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996687144

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karine Souza Maia

Nascimento: 29/10/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981180302

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karine Vital Ferreira

Nascimento: 05/11/1999

Sexo: Feminino

CPF: 157.154.157-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34293511-983544670

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	karine vitoria maciel dias		
Nascimento:	12/02/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:	rua celia ribeiro da silva mandes	CPF:	
Bairro:	recreio	Número:	128
Telefones:	986659823/	CEP:	
Alerta Médico:		UF:	RJ
Convênio:	Orthopride	E-Mail:	
Resp. Fin.:	maria do socarro fanco maciel	Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	145.317.777-94
<b>Nome:</b>	Karini Izoldi Pereira		
Nascimento:	02/10/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	464.070.328-73
Bairro:		Número:	
Telefones:	27995553	CEP:	
Alerta Médico:		UF:	
Convênio:	Clinica Azul	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karini Motta Amado		
Nascimento:	01/03/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	
Telefones:	985281722	CEP:	
Alerta Médico:		UF:	
Convênio:	Orthopride	E-Mail:	
Resp. Fin.:	Dersula Pereira Motta	Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	062.705.167-73
<b>Nome:</b>	Kariny Albuquerque Cassimiro		
Nascimento:	25/01/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	
Telefones:	992684757	CEP:	
Alerta Médico:		UF:	
Convênio:	Orthopride	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karla Beatriz das Chagas Silva		
Nascimento:	19/03/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	
Telefones:	98587-9474	CEP:	
Alerta Médico:		UF:	
Convênio:	Campo Grande 4	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karla Bom Curcio Fontes		
Nascimento:	19/04/1979	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	
Telefones:		CEP:	
Alerta Médico:		UF:	
Convênio:	Particular	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karla Brasil F. de Menezes Ceia

Nascimento: 19/07/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982827076

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karla Cristina Nunes

Nascimento: 13/01/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983437779

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karla Daniele Silva Nascimento

Nascimento: 05/11/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966213668

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karla de Souza Simao

Nascimento: 08/02/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969078563

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karla Erika Felix de Almeida

Nascimento: 18/06/1969

Sexo: Feminino

CPF: 005.451.577-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988842642

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karla Erika Felix de Almeida

Nascimento: 18/06/1969

Sexo: Feminino

CPF: 005.451.577-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988842642

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karla Judith C. de A. de Oliveira

Nascimento: 18/08/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99200-4259

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karla Michele dos Santos Moraes

Nascimento: 04/06/1977

Sexo: Feminino

CPF: 077.741.937-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992420101

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karla Pereira Apoliano de Carvalho

Nascimento: 26/08/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97411-1216

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Antonio Carlos Apoliano de Carvalho

CPF Resp.Fin.:011.075.827-76

**Nome:** Karla Sinthia Ferreira Alves

Nascimento: 16/05/1984

Sexo: Feminino

CPF: 007.020.783-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98412-8039

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karla Souza da Silva

Nascimento: 16/03/1983

Sexo: Feminino

CPF: 106.842.667-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995035646

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karleane Santos da Silva

Nascimento: 26/03/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971781386

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Karlíane Gondin da Silva		
Nascimento:	18/09/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994132718	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karlo Jose De Arruda Castro Junior		
Nascimento:	06/08/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:	Rua Nova Alinça	CPF:	160.351.977-79
Bairro:	Campo Grande	Número:	155 Complemento:
Telefones:	992125535 / 991090022	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karlos Henrique Mendes		
Nascimento:	23/10/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987364534	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	CH Odonto	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karlos Vinicius Moreno Feitoza		
Nascimento:	05/05/1982	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964596735	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karolaine Braz Salustino		
Nascimento:	07/04/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	90778064	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karolainy Ramos Maciel		
Nascimento:	02/03/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	3409-2339	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Viviane imões Ramos	CPF Resp.Fin.:	121.405.397-10

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Karolane Lirio ferreira		
Nascimento:	26/02/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	Não sabe informar.	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Paixão	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karolayne Cabral Rangel		
Nascimento:	16/09/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	172.172.827-99
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	992174554	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karolayne de Oliveira Barreto		
Nascimento:	04/07/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993735916	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karolayne Dutra		
Nascimento:	23/06/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990502529	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 4	Carteira:	
Resp. Fin.:	Bruna Dutra	CPF Resp.Fin.:	057.164.727-88
<b>Nome:</b>	Karolayne Ketelin Ferreira Rosa		
Nascimento:	11/12/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975083672 / 991493896	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Karolayne Meirele Pinto		
Nascimento:	05/09/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	176.896.057-70
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	30969276-992182355	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 1	Carteira:	
Resp. Fin.:	Marcia Cristina Ferreira Meireles	CPF Resp.Fin.:	037.342.337-39

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karolayne Tenorio Gomes

Nascimento: 07/10/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35800646

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karolayne Vitoria Estheves

Nascimento: 18/09/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974114997

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karolayne da Silva Manzela

Nascimento: 28/05/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34267014-985228690

E-Mail:

Alerta Médico: Veio pedindo modelo no pedido original.

Convênio: Espaço Sorrir / Estação Sorrir

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karolayne Katarynny da Silva

Nascimento: 13/06/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96863041

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karolina Batista Fernandes dos Santos

Nascimento: 29/10/1996

Sexo: Feminino

CPF: 163.779.977-28

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985627299

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karolina da Silva Barbosa

Nascimento: 21/01/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985872806

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** karolina da silva pinto  
**Nascimento:** 28/01/2002      **Sexo:** Feminino      **CPF:**  
**Logradouro:** rua vanderlei junio      **Número:**      **Complemento:** lt15 dq 4  
**Bairro:** campo grande      **Cidade:** rio de janeiro      **CEP:**      **UF:** RJ  
**Telefones:** 23943600      **E-Mail:**  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Particular      **Carteira:**  
**Resp. Fin.:** katiacilene laurentino da silva      **CPF Resp.Fin.:** 042.718.457-60

**Nome:** Karolina de Santanna Marinho da Silva  
**Nascimento:** 04/01/2000      **Sexo:** Feminino      **CPF:**  
**Logradouro:**      **Número:**      **Complemento:**  
**Bairro:**      **Cidade:**      **CEP:**      **UF:**  
**Telefones:** 974780745      **E-Mail:**  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Particular      **Carteira:**  
**Resp. Fin.:**      **CPF Resp.Fin.:**

**Nome:** Karolina Ferreira de Souza  
**Nascimento:** 21/01/1994      **Sexo:** Feminino      **CPF:** 159.479.967-90  
**Logradouro:** Rua Cotiporan      **Número:** LT:07      **Complemento:** QD:55  
**Bairro:** Campo Grande      **Cidade:** Rio de Janeiro      **CEP:**      **UF:** RJ  
**Telefones:** 34069118 / 33142385      **E-Mail:**  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Dra Alessandra 02      **Carteira:**  
**Resp. Fin.:**      **CPF Resp.Fin.:**

**Nome:** Karolina Machado Leite  
**Nascimento:** 16/03/1995      **Sexo:** Feminino      **CPF:** 168.535.587-07  
**Logradouro:**      **Número:**      **Complemento:**  
**Bairro:**      **Cidade:**      **CEP:**      **UF:**  
**Telefones:** 93999335      **E-Mail:**  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Orthopride      **Carteira:**  
**Resp. Fin.:**      **CPF Resp.Fin.:**

**Nome:** Karoline Cardoso Passos  
**Nascimento:** 02/02/2000      **Sexo:** Feminino      **CPF:**  
**Logradouro:**      **Número:**      **Complemento:**  
**Bairro:**      **Cidade:**      **CEP:**      **UF:**  
**Telefones:** 969122465      **E-Mail:**  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Dr Bernard      **Carteira:**  
**Resp. Fin.:** Fabiana Espindola Cardoso      **CPF Resp.Fin.:** 074.527.757-83

**Nome:** Karoline Christie M. de Souza  
**Nascimento:** 01/10/2000      **Sexo:** Feminino      **CPF:** 19148558761  
**Logradouro:**      **Número:**      **Complemento:**  
**Bairro:**      **Cidade:**      **CEP:**      **UF:**  
**Telefones:** 24113437      **E-Mail:**  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Particular      **Carteira:**  
**Resp. Fin.:**      **CPF Resp.Fin.:**

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karoline dos Anjos Gomes Novaes

Nascimento: 13/03/1991

Sexo: Feminino

CPF: 121.518.107-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980918539

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Riso Rio

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karoline Gabriely da Silva Gomes

Nascimento: 15/07/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973069868

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karoline Teixeira da Costa

Nascimento: 10/07/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988799868

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karoline Viana dos Santos Ribeiro

Nascimento: 12/10/1993

Sexo: Feminino

CPF: 123.583.077-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990570934

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karolinn de Souza Marcelino Cruz

Nascimento: 16/11/1994

Sexo: Feminino

CPF: 160.774.127-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972033891

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karollane Lirio Ferreira

Nascimento: 26/02/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24136082

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Karolayne Santos da Rocha

Nascimento: 09/08/2005

Sexo: Feminino

CPF: 185.627.217-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986852250

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karolyne Christine Correa Gomes

Nascimento: 25/07/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982941866

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karolyne da Conceição da Silva Brito

Nascimento: 03/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33548931-985336447

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karolyne Ramirez

Nascimento: 08/12/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964259837

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Karolynne Cruz de Oliveira

Nascimento: 22/03/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21373147-972028288

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** KAROLYNY DA COSTA RUMÃO

Nascimento: 20/05/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: RUA SUSSI

Número: 330

Complemento:

Bairro: GUARATIBA

Cidade: RIO DE JANEIRO

CEP:

UF:

Telefones: 3317822/ 31531970

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: MARIA APARECIDA DA COSTA RUMÃO

CPF Resp.Fin.:012.987.007-28

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kassia Barbosa Lopes		
Nascimento:	01/09/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	183.189.117-41
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	979606995	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Francinete Leal Barbosa	CPF Resp.Fin.:	061.155.657-07
<b>Nome:</b>	Kassia Cristina da Silva Andrade		
Nascimento:	17/06/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	33549913-993429099	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kassia Fernanda do Nascimento Peixoto		
Nascimento:	15/09/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	164.615.607-26
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	20818077 / 998118605	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kassia Lucas Biage Cei de Novaes		
Nascimento:	12/01/1983	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	96496241	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kassiane Antunes Vieira		
Nascimento:	10/11/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	974990133	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kassiane Cristine do N. Peixoto Braga		
Nascimento:	30/03/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	168.083.757-55
Bairro:		Número:	Complemento:
		CEP:	UF:
Telefones:	995225370 / 31578733	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kassiane Cristine do Nascimento Peixoto Braga

Nascimento: 30/03/1997 Sexo: Feminino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 995225370 / 31578733

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Resp. Fin.:

CPF: 168.083.757-55

Número: Complemento:

CEP: UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kassiane Cristine N. Peixoto Braga

Nascimento: 30/03/1997 Sexo: Feminino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 995225370 / 31578733

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Resp. Fin.:

CPF: 168.083.757-55

Número: Complemento:

CEP: UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kassiane Pullerio da Cruz

Nascimento: 20/01/2002 Sexo: Feminino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 973048384

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Resp. Fin.:

CPF:

Número: Complemento:

CEP: UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kassiano Silva Benevides

Nascimento: 06/06/2000 Sexo: Masculino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 966613154

Alerta Médico:

Convênio: June Fernanda

Resp. Fin.:

CPF:

Número: Complemento:

CEP: UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katallyn Cristina Severino da Silva

Nascimento: 27/05/1997 Sexo: Feminino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 968463376

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Resp. Fin.:

CPF: 157.047.527-05

Número: Complemento:

CEP: UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kate Silva Izidio

Nascimento: 07/12/1987 Sexo: Feminino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 964358548

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Resp. Fin.:

CPF:

Número: Complemento:

CEP: UF:

E-Mail: kateizidio@gmail.com

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Katharina da Silva

Nascimento: 05/09/1996

Sexo: Feminino

CPF: 167.394.357-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994493380 / 968077144

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katharina Passos de Souza

Nascimento: 07/05/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965934480

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katheleen Soares Stofel

Nascimento: 18/04/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986755294

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kathelen Vitoria Marcos Silva

Nascimento: 06/04/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24644312

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kathelin Raianne Vianna Viegas

Nascimento: 02/07/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969494932

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kathellen Brito Horacio

Nascimento: 06/05/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984298877

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kathellyn Paschoal da Silva

Nascimento: 30/06/1998

Sexo: Feminino

CPF: 177.392.397-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33840325 / 988374414

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katherine Mathias Almeida

Nascimento: 20/07/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987073924

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kathleen Bezerra Caroline

Nascimento: 03/03/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973016046

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kathleen Cristina Miranda dos Santos

Nascimento: 20/03/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974027256

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kathleen de Souza Duarte

Nascimento: 03/05/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966649777

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kathleen Gizeli Oriques de Andrade

Nascimento: 06/08/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99313-3600

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kathleen Louis Roberto

Nascimento: 03/01/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983683202

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kathy Cynara dos Santos

Nascimento: 09/10/1965

Sexo: Feminino

CPF: 913.954.707-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24063830 / 77608576

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Bastos Dias da Silva

Nascimento: 24/10/1961

Sexo: Feminino

CPF: 83956298772

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964950444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Cilene de Siqueira Nunes

Nascimento: 17/06/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980915612

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Cilene Gama Gomes Botelho

Nascimento: 03/07/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979826229

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Cristina Henrique ferreira

Nascimento: 19/06/1981

Sexo: Feminino

CPF: 102.964.947-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964534446

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Katia Cristina Monteiro dos Santos

Nascimento: 17/04/1999

Sexo: Feminino

CPF: 171.037.167-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99440-7194

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Victor

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Cristina Oliveira Marins

Nascimento: 06/01/1978

Sexo: Feminino

CPF: 075.778.967-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970187810

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Cristina Ramos

Nascimento: 10/05/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964937955

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Cristina Sobrinho Cortez

Nascimento: 25/04/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986157339

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia da Silva Oliveira

Nascimento: 28/04/1967

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979393806

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia de Fatima Duarte do Nascimento

Nascimento: 06/11/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979702013

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Katia dos Prazeres santana Campos

Nascimento: 15/05/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964453415

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Esteves Lucas Vieira Monteiro

Nascimento: 10/09/1965

Sexo: Feminino

CPF: 823.587.887-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989948719

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Jolima da Silva Teófilo

Nascimento: 10/07/1977

Sexo: Feminino

CPF: 050.211.094-56

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3354-1065 / 98034-1758

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Manuel e Dra Ana Cristina 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Keller

Nascimento: 18/07/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997624588

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Leite Ouverney

Nascimento: 23/01/1989

Sexo: Feminino

CPF: 058.704.167-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973038992 / 985852741

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Lopes Menezes

Nascimento: 02/11/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987613739

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Katia Mileria Felix do Nascimento

Nascimento: 08/04/1977

Sexo: Feminino

CPF: 083.995.957-56

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24092913-964442387

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Ordunha Gonçalves

Nascimento: 16/05/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998138976

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Regina Ferreira Pires

Nascimento: 12/07/1974

Sexo: Feminino

CPF: 028.431.237-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965010908

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Regina Martins de Araujo

Nascimento: 06/07/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994219506

E-Mail: cristhiane.araujo@gmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Regina Silva de Assumcao

Nascimento: 11/04/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964340777

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Rodrigues de Souza Ribeiro

Nascimento: 18/12/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99233-7639

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Katia Rogeria Chaves do N. Silva

Nascimento: 14/02/1970

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Silva de Oliveira

Nascimento: 15/01/1989

Sexo: Feminino

CPF: 114.960.597-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969780210

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Simone B. Dantas

Nascimento: 20/05/1969

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979699141

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katia Venina Santos da Silva

Nascimento: 21/01/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9805741745

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katiana da Silva de Oliveira

Nascimento: 20/09/1974

Sexo: Feminino

CPF: 068.829.387-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967278942

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katiane da Silva de Oliveira

Nascimento: 02/08/1997

Sexo: Feminino

CPF: 133.583.717-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969997365

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Katiane Maria de S. M. Moura

Nascimento: 17/05/1975

Sexo: Feminino

CPF: 069.419.577-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989959146

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katiane Pereira dos Santos

Nascimento: 14/09/1985

Sexo: Feminino

CPF: 018.800.223-54

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33161424-985945462

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katleen frescurati de Araujo Moreira

Nascimento: 16/06/1996

Sexo: Feminino

CPF: 158.716.117-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969932904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katllyn Santos Silva

Nascimento: 30/03/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964533450

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katlym Dayanne Rangel Merelli

Nascimento: 09/10/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: paciente foi roubada e não tem numero

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katlyn da Silva de Souza

Nascimento: 14/07/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998734667

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Katrine de Oliveira Azevedo

Nascimento: 12/11/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 22 981165192

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katrine Vieira Leite

Nascimento: 03/03/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: Av Alhambra

Número: 87

Complemento: Q 01

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 969296151

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec

Carteira:

Resp. Fin.: Luciano Vieira Leite

CPF Resp.Fin.:070.972.847-65

**Nome:** Katry Rebeca Ferreira Lima

Nascimento: 20/06/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983230261

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katty Marroni Carneiro Cordeiro

Nascimento: 09/06/1987

Sexo: Feminino

CPF: 129.571.857-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993096050

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katy Anne Teixeira da Silva Queiroz

Nascimento: 25/02/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968282058

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Katy Gisele Ferreira Guedes

Nascimento: 21/08/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 78595241 / 26784525

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kaua Adao Martins		
Nascimento:	11/10/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24179044 / 983053229	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaua Azevedo Privato		
Nascimento:	03/05/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988811130	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaua Batista Cruz		
Nascimento:	13/12/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	995412071	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaua Cezar Gomes dos Santos		
Nascimento:	23/07/2007	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985863804	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Vital Sorriso	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kauã Coellar Campos de Almeida		
Nascimento:	16/03/2006	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985344853	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Pop	Carteira:	
Resp. Fin.:	Barbara Coellar Campos	CPF Resp.Fin.:	110.565.167-39
<b>Nome:</b>	Kaua Cristian da Conceição		
Nascimento:	27/09/2011	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34025589	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kaua da Cunha		
Nascimento:	19/12/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33773318-998019057	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Elainde Maria Ambrosio	CPF Resp.Fin.:	021.687.537-41
<b>Nome:</b>	Kaua da Cunha Hikr Jacob		
Nascimento:	04/04/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	971419414	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Cintia Santos da Cunha	CPF Resp.Fin.:	056.371.087-06
<b>Nome:</b>	Kaua de Lima dos Santos		
Nascimento:	30/07/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964567107	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Imprimir apan	E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 4	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaua de Oliveira Coelho		
Nascimento:	06/05/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	165.074.637-79
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	989720122	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Unidental Clinica	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaua dos Santos Gomes		
Nascimento:	10/01/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964313006	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Rosimere	CPF Resp.Fin.:	148.585.837-24
<b>Nome:</b>	Kaua Ferlipe Basili Braz		
Nascimento:	15/09/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974163820	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaua Ferreira Simoes

Nascimento: 19/12/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26864872

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaua Fillipe Oliveira do Amaral

Nascimento: 15/10/2004

Sexo: Masculino

CPF: 204.437.327-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987417382

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaua Firmino de Andrade

Nascimento: 23/02/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986443784

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaua Guimaraes Rosa Moreira

Nascimento: 16/02/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970270978

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaua Jordao Almeida da Silva

Nascimento: 05/01/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98746-3734

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaua Lima Cardoso

Nascimento: 25/11/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975442102

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kaua Lima Martins		
Nascimento:	16/09/2006	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	978156657-987073836	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Camila Pereira Lima	CPF Resp.Fin.:	149.449.917-70
<b>Nome:</b>	Kaua Oliva		
Nascimento:	07/09/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	971696118	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	Luciana Teixeira Pires	CPF Resp.Fin.:	042.573.827-24
<b>Nome:</b>	Kaua Rapahel de O. Santana		
Nascimento:	31/08/2009	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987113588	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaua Rodrigues de Lima		
Nascimento:	29/11/2013	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	969102171	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kauã Santos de Souza		
Nascimento:	12/08/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	38394432 / 984269323	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Aline Aparecida Santos da Cruz	CPF Resp.Fin.:	104.701.527-70
<b>Nome:</b>	Kauã Tomaz do Nascimento		
Nascimento:	15/09/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	968450846 / 9658988964	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Luciano Martins da Costa	CPF Resp.Fin.:	071.261.606-31

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaua Victor C. de Andrade Silva

Nascimento: 08/08/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971428575

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** kauan da Cunha Hikl Jacob

Nascimento: 04/04/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971419414

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Cintia Santos da Cunha

CPF Resp.Fin.:056.371.087-06

**Nome:** Kauan da Silva Machado

Nascimento: 15/09/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 28 999660344

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauan de Oliveira

Nascimento: 25/07/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999177343

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauan de Oliveira Santos

Nascimento: 17/02/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991886031

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauan Deziderio da Silva

Nascimento: 11/11/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 011 958908103

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kauan dos Santos Botelho Ferreira

Nascimento: 01/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990601157

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauan Duarte Oliveira

Nascimento: 18/06/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993782969

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauan Evaristo de Mattos

Nascimento: 19/03/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979534216

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauan Gomes dos Santos

Nascimento: 06/11/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983135972

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauan Gonçalves Ferreira

Nascimento: 09/05/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26862150

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauan Inacio Madureira

Nascimento: 06/11/2013

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24061603

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kauan Lima Martins

Nascimento: 06/06/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983944477

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauã Marques da Silva Magalhães

Nascimento: 24/12/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27657814 / 988847180

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marília Rafaela

Carteira:

Resp. Fin.: Katia Maria Marques de Matto

CPF Resp.Fin.:080.518.157-18

**Nome:** Kauan Oliver Clemente Barbosa

Nascimento: 20/11/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972748210

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.: Valeria da Silva Oliveira Clemente

CPF Resp.Fin.:118.481.997-16

**Nome:** Kauan Schaffel dos Santos

Nascimento: 14/10/2004

Sexo: Masculino

CPF: 189.575.307-46

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985781080

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauan Schaffel dos Santos

Nascimento: 14/10/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985781080

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauan Teixeira dos Santos Silva

Nascimento: 14/10/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972629391

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kauane Araujo de Oliveira

Nascimento: 28/05/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauane Laura Souza da Silva

Nascimento: 06/06/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31085851

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauanne Cassia Couto

Nascimento: 11/01/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986893999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauanny Cristina de Oliveira David

Nascimento: 27/06/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24064054

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauany da Rosa Gonçalves

Nascimento: 17/04/2004

Sexo: Feminino

CPF: 180.679.107-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970078610

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kauany da Silva Aragão

Nascimento: 31/08/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967710876

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kauany Pereira Cury

Nascimento: 23/02/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985697875

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaue Henrique Mello Pereira

Nascimento: 06/03/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980991881

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Gisele de Araujo Mello Pereira

CPF Resp.Fin.: 130.458.777-02

**Nome:** Kaue Victor Santos Ferreira

Nascimento: 01/07/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982354206

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kavellyn de Souza Pavao

Nascimento: 20/07/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968398322

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kawa Reymao de Azevedo

Nascimento: 17/11/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33773527-970301261

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kawan da Silva Aranha

Nascimento: 01/01/1994

Sexo: Masculino

CPF: 161.864.767-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984365646 / 985060080

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kawanny Uchoua Martins

Nascimento: 01/08/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973655528

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kawe Erick Fernandes

Nascimento: 17/04/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964267391

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Juliana Abreu

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayan Alexandre de Oliveira

Nascimento: 22/08/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965953514

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayan Frescurat de Araujo Moreira

Nascimento: 25/11/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964945909

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayan Victor Buqueroni

Nascimento: 12/03/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972886785

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayane Cristina Oliveira de Faria

Nascimento: 22/07/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31085092

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kayanne Raquel F. da S. M. Pacheco

Nascimento: 12/08/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993536554

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayk de Souza Neves dos Santos

Nascimento: 16/01/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34031585 / 985829422

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Fabiana de Souza Neves dos Santos

CPF Resp.Fin.:078.438.277-81

**Nome:** Kayke do Rosario da Silva

Nascimento: 03/03/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971389272

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayke Gomes da Rocha

Nascimento: 13/11/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968118831

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayke Rueles Medeiros

Nascimento: 19/08/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983914148

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Sul Mineira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayki de Santana Lopes

Nascimento: 03/03/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983051293

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kayki Macedo de Alcantara

Nascimento: 05/04/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983679118

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.: Laura Campos

CPF Resp.Fin.:012.532.177-50

**Nome:** Kayki Macedo de Alcantara

Nascimento: 05/04/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970408564

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayky de Andrade Ferreira

Nascimento: 08/05/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968140103

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayky de Araujo da Silva

Nascimento: 07/08/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990421272

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayky Dias Pereira

Nascimento: 21/06/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999554670 / 28816829

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Patricia Duas da Silva

CPF Resp.Fin.:129.999.147-50

**Nome:** Kayky dos Santos Filgueiras

Nascimento: 13/12/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993107163 / 976086387

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Adriano da Costa Filgueiras

CPF Resp.Fin.:051.868.747-36

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kayky Lício da Silva

Nascimento: 29/11/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965574079

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaylane Abreu da Silva

Nascimento: 27/09/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964622578

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaylane Alves Jesus Portes

Nascimento: 19/05/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966415812

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaylane Amantes Pereira

Nascimento: 23/05/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97911-3144

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaylane Cavalcanti da Cruz

Nascimento: 01/03/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970154483

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaylane Cristina Cardoso da Silva

Nascimento: 03/03/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965906209

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kaylane Cunha da Silva		
Nascimento:	30/06/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965569723	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Center	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaylane da Silva Pereira		
Nascimento:	01/09/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969962849	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaylane Faria de Jesus		
Nascimento:	20/03/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33959807 / 970273204	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Marcel Jonas	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaylane Jenifer de Sousa		
Nascimento:	09/03/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987350673	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaylane Oliveira dos Santos da Silva		
Nascimento:	30/08/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33540852	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kaylane Valverde Souza		
Nascimento:	23/11/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964242934	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Eduardo da Silva	CPF Resp.Fin.:	013.379.507-18

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kaylanne Padilha

Nascimento: 15/10/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982571181

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaylanne Victoria dos Santos

Nascimento: 29/07/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975105034

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayllane Antonieta dos Santos Costa

Nascimento: 21/05/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964667153

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayllane Aparecida Ferreira da Silva

Nascimento: 12/10/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975776034

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayllane da Silva

Nascimento: 23/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996150656

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayllane da Silva Talaveira

Nascimento: 02/10/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973132833

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kayllane de Souza Neves dos Santos

Nascimento: 04/02/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34031585 / 985829422

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Fabiana de Souza Neves dos Santos

CPF Resp.Fin.:078.438.277-81

**Nome:** Kayllane Vitoria da Mota Silva

Nascimento: 11/07/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965656006

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kaynan Farias Ribeiro

Nascimento: 10/11/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34069800

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayo Vinicius de Assis

Nascimento: 28/11/1996

Sexo: Masculino

CPF: 179.920.567-36

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995356164

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayque Chagas Manoel dos Santos

Nascimento: 04/11/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985458371

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kayque de Abreu

Nascimento: 10/04/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998876878

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kayro Oliveira Silva

Nascimento: 29/05/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965830301

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimir a pan

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Keila Cristina Martins Pereira

Nascimento: 06/02/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970575172

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Keila dos Santos Godinho de Lima

Nascimento: 19/05/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26865174-987429258

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Keila dos Santos Godinho de Lima

Nascimento: 19/05/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26865174 / 987429258

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.: Ivone Godinho

CPF Resp.Fin.:042.719.247-17

**Nome:** Keila Fernandes Henud

Nascimento: 12/12/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974105766

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Keila Nadjale P. Silva

Nascimento: 15/06/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971519472

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Keila Nascimento de Catro

Nascimento: 28/01/1991

Sexo: Feminino

CPF: 127.531.557-71

Logradouro: Rua Valdir Sales Saboia

Número: 47

Complemento:

Bairro: Paciencia

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 31578627 / 964284811

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Keila Trindade de Souza

Nascimento: 18/07/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96667748

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Keila Viana Lima Rodrigues

Nascimento: 15/04/1986

Sexo: Feminino

CPF: 108.396.047-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964027844

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Keith Maciel Bezerra

Nascimento: 28/09/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986284077

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kele Evelise Rodrigues L. Ribeiro

Nascimento: 20/12/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968349212

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelen de Souza e Silva

Nascimento: 09/06/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964835981

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Keli Conceição C. de O. dos Santos		
Nascimento:	30/04/1975	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	034.492.617-62
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	991795241	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Keli Flores da Conceição		
Nascimento:	20/01/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	993631221	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Cencro	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelle Gonçalves da Silva Melo		
Nascimento:	10/07/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	969603792	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Cintia dos Anjos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kellen Cristina Santana		
Nascimento:	31/05/1979	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	970651195	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kellen Gonçalves Ambrosio		
Nascimento:	04/11/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	976486586	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kellen Ludmila Silva		
Nascimento:	05/02/1986	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33945484 /	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kelli Jandre de Almeida		
Nascimento:	11/01/1983	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	057.044.207-96
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984533258	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Cristina da Silva Barbosa		
Nascimento:	29/01/1983	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965145416	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Andrade do Nascimento da Silva		
Nascimento:	30/12/1983	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Barbara de Oliveira		
Nascimento:	12/12/1989	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	140.336.307-24
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981895124	CEP:	UF:
Alerta Médico:	imprimir a pan	E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Barros de Oliveira		
Nascimento:	29/05/1986	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	121.245.627-03
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	989185338	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Bomfim de Sena		
Nascimento:	08/07/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980849337	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kelly Casati da Rosa Beserra

Nascimento: 23/01/1990

Sexo: Feminino

CPF: 141.076.027-88

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973192496

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly Cassia Alves de Moura de Souza

Nascimento: 18/12/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990560025

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly Christina de Carvalho Barcelos

Nascimento: 18/02/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986364820

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly Cristina Cezar de Almeida Braga

Nascimento: 18/09/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97007-6698

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly Cristina da Silva

Nascimento: 26/11/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992518603

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly Cristina da Silva Barbosa

Nascimento: 29/01/1983

Sexo: Feminino

CPF: 093.048.307-37

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 38021093-965145416

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Crislaine Ranguine

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kelly Cristina da Silva Rodrigues

Nascimento: 27/11/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965033854

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly Cristina de Almeida Rodrigues

Nascimento: 18/10/1985

Sexo: Feminino

CPF: 109.651.277-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971443663

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly Cristina de Castro Ribeiro Braga

Nascimento: 12/12/1975

Sexo: Feminino

CPF: 033.825.107-31

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987997826

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly Cristina de Castro Ribeiro Braga

Nascimento: 12/12/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987997826

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** KELLY CRISTINA PINTO FAUSTINO

Nascimento: 04/09/1994

Sexo: Feminino

CPF: 155.385.437-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968622444/992207574

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly Cristina Rodrigues Cipriano

Nascimento: 26/07/1990

Sexo: Feminino

CPF: 123.466.427-54

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33944331 / 973358993

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kelly Cristina Silva Castro

Nascimento: 02/05/1995

Sexo: Feminino

CPF: 127.088.567-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971321712

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly Cristina Tambasco

Nascimento: 30/06/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31573651-996060735

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Paula da Silva Tambasco

CPF Resp.Fin.:078.735.937-89

**Nome:** Kelly de Andrade Silva

Nascimento: 03/09/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987741059

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly do Val Souza

Nascimento: 01/03/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980953928

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly dos Santos Gabry

Nascimento: 11/12/1986

Sexo: Feminino

CPF: 123.009.827-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965305131

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelly dos Santos Nunes Goulart

Nascimento: 18/05/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34630036

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kelly fernanda Olimpio		
Nascimento:	26/03/1982	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974570001	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Guarin Uruburo		
Nascimento:	01/05/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986041863	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Guerra Cabral Nunes		
Nascimento:	23/01/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986005467	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Lorrayne G. Rodrigues		
Nascimento:	05/06/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	997255599	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Macedo de Oliveira		
Nascimento:	08/04/1982	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986211580	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Macedo de Oliveira		
Nascimento:	08/04/1982	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	098.476.677-48
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	35511434	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kelly Macedo de Oliveira		
Nascimento:	08/04/1982	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	098.476.677-48
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	35511454	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Maciel dos Santos da Costa		
Nascimento:	23/09/1983	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970190607	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Vital Sorriso	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Moura Teixeira		
Nascimento:	24/04/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964210307	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Sem PC e INC	E-Mail:	
Convênio:	CH Odonto	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Pessanha Lopes Gordeano		
Nascimento:	10/06/1984	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	055.909.527-94
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964374907	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Rangel de Souza		
Nascimento:	25/03/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986827314	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelly Regina Freitas Freire		
Nascimento:	06/04/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	119.303.427-21
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	968200343	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kelly Rodrigues Mota dos Santos

Nascimento: 02/02/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995962796

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** KELLY SANTA BRIGIDA BARBOSA

Nascimento: 19/11/1998

Sexo: Feminino

CPF: 127.518.537-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kellyson Ribeiro P. Fernandes

Nascimento: 04/02/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970141022

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelsey Lima Ferreira

Nascimento: 01/11/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981562056

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelvelyn Harryson F. Portugal

Nascimento: 17/05/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992312665

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kelven Cruz de Oliveira

Nascimento: 25/11/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970536123

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	kelvin Antunes Marques		
Nascimento:	23/10/1995	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	989631809	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelvin Dino da Silva Camargo		
Nascimento:	12/04/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974047093	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Carolina Leite	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelvin Meireles da Rosa		
Nascimento:	03/06/2007	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34202752	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelvin Menezes Macedo		
Nascimento:	02/08/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	137.613.507-83
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelvin Menezes Macedo		
Nascimento:	02/08/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:	Estrada do pré 1380 bl 13 apt 401	CPF:	137.613.507-83
Bairro:	campo grande	Número:	Complemento:
Telefones:	975530075	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kelvin Nasciemnto dos Santos		
Nascimento:	19/02/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34037366 / 968717720	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Lilian Nascimento	CPF Resp.Fin.:	052.841.337-65

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kelvin Robinson Lopes Gomes

Nascimento: 22/06/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970192378

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kemuel Almeida de Souza

Nascimento: 25/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981855891

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kenedy Magalhaes Dias

Nascimento: 15/09/1995

Sexo: Masculino

CPF: 456.293.868-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971927889

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kenia Barros Chaves

Nascimento: 11/03/1997

Sexo: Feminino

CPF: 185.379.837-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34091219

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kennedy Klesley Barreto Pouble

Nascimento: 30/08/1999

Sexo: Feminino

CPF: 186.447.937-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990547978

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kenzo Duarte Cardoso

Nascimento: 17/08/2009

Sexo: Masculino

CPF: 152.282.257-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983730367

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Bruna de Souza Duarte

CPF Resp.Fin.: 105.040.207-30

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Keren Medeiros Soares da Silva

Nascimento: 04/05/1991

Sexo: Feminino

CPF: 135.660.607-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33950545

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Keren Medeiros Soares da Silva

Nascimento: 04/05/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981878308

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Keren Yvelyn da Silva Cunha Chaveiro

Nascimento: 02/07/1997

Sexo: Feminino

CPF: 174.804.377-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 78454743 / 980330680

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kerlon Ormerode Brito da Cruz

Nascimento: 20/04/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988421559

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kerolayny Cristina Vasconcelos Nunes

Nascimento: 24/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33567414

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kerolin Silva Marques

Nascimento: 09/06/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969129787

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kerollen da Silva

Nascimento: 29/07/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998817033

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** kerollyn Amanda silva dos Santos

Nascimento: 08/10/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975804232

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kesia Cristina dos Santos Frazao

Nascimento: 26/03/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991743504

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kesia de Oliveira Augusto

Nascimento: 08/05/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24179163 / 975569456

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Rosemere de Oliveira

CPF Resp.Fin.:071.188.877-90

**Nome:** Kesia Mariotti do Rozario

Nascimento: 14/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983136558

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kesia Oliveira de Carvalho

Nascimento: 08/09/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992936026

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kesia Poliane Averbuch

Nascimento: 18/08/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996962200

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kesia Serra da Costa

Nascimento: 07/06/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33945913-964436794

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kesia Tabita Bonfim

Nascimento: 19/06/1995

Sexo: Feminino

CPF: 164.805.087-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979332966

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kesiane Trindade Alvarenga

Nascimento: 26/05/1997

Sexo: Feminino

CPF: 143.440.957-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34092174-997079550

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kessi Cristine Pereira

Nascimento: 04/09/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984077632

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kessia Adryelle de Avila

Nascimento: 06/09/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964134354

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kessia de Bruni Tavares		
Nascimento:	18/01/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	994598013	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kessia Moreira da Silva Cosmo		
Nascimento:	26/10/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	187.025.957-29
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987904344	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kessica B. A. Teixeira		
Nascimento:	13/01/1991	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	128.596.107-23
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964557689	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kessilin Moraes do Nascimento		
Nascimento:	15/08/1993	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	014.073.402-39
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	986520682 / 35932228	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kessya de Aguiar Cunha		
Nascimento:	05/06/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987136823	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	kesya Araujo Peixoto de Andrade		
Nascimento:	17/12/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34044284	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Ketelyn Taynara Conceição de Campos

Nascimento: 04/02/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986141321

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ketheeny Oliveira de Aquino

Nascimento: 20/08/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968248503

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Lidiane de Souza Ferreira

CPF Resp.Fin.: 112.881.687-30

**Nome:** Ketheleen de Queiroz Furtado Tancredo

Nascimento: 17/10/1988

Sexo: Feminino

CPF: 052.645.797-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964124813

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kethelem Vitoria do Nascimento Camargo

Nascimento: 14/08/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981477975

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kethelen Barbosa

Nascimento: 02/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979228845

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kethelen Rodrigues da Silva Rodrigues

Nascimento: 31/01/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989342278

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Luciana Luiz Vital Santos

CPF Resp.Fin.: 173.623.747-04

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kethelen Senna da Silva		
Nascimento:	18/10/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970012519	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kethellen Maria de Magalhaes		
Nascimento:	23/04/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966165500	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kethellyn Duarda de Cristo Gomes		
Nascimento:	13/05/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976917638	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kethelyn de Souza Brandao		
Nascimento:	19/12/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33541037	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	Luciane de Souza Maciel Brandao	CPF Resp.Fin.:	047.702.597-86
<b>Nome:</b>	Kethelyn Dias de Carvalho		
Nascimento:	08/04/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	982931919	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kethelyn Pereira de Rios		
Nascimento:	15/10/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	989796757/30297610	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Jacilene Pereira Ferreira	CPF Resp.Fin.:	817.042.913-72



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kethelyn Pereira Diniz		
Nascimento:	15/10/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	30297610 / 989796757	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Total Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kethelyn Ribeiro Westiphal		
Nascimento:	17/03/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	23947651	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kethlyn Christiny Moreira da Silveira		
Nascimento:	15/01/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964827026	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Cods	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Ketlen Mattos Santos		
Nascimento:	22/09/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	23941831	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Ketleen Mattos Santos		
Nascimento:	22/09/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	153.474.307-37
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	23941831-987404624	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 2	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Ketlen Barbosa da Silva		
Nascimento:	12/02/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993124536	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Ketlen Barbosa da Silva

Nascimento: 12/02/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992933096

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ketlen Teixeira Guimaraes

Nascimento: 16/06/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970163129

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ketley Monteiro Campista dos Santos

Nascimento: 23/05/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968681128

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ketlin Tavares Guimaraes

Nascimento: 20/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964018168

E-Mail:

Alerta Médico: Sem modelo

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ketly Tauane Jeronimo Miranda

Nascimento: 08/08/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985777549

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ketlyn Zago

Nascimento: 15/11/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24056169 / 988328079

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Ketterin Leao Ferreira

Nascimento: 06/06/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973958538

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kevelin dos Santos Moreira

Nascimento: 27/01/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964352725

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kevellyn Silva Ferreira Guimarães

Nascimento: 29/12/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988484513 / 34227559

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Jalmir Ferreira Guimarães

CPF Resp.Fin.:021.657.257-63

**Nome:** Keven Maciel de Souza

Nascimento: 10/11/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973812970

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Keven Victor Amorin Soares

Nascimento: 02/05/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964318722

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Monalisa Duania Amorim

CPF Resp.Fin.:091.871.837-65

**Nome:** KEVIN BARBOSA GUNDES ROSA

Nascimento: 24/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970127183

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: KELLY SANTA BRIGADA BARBOSA

CPF Resp.Fin.:127.518.537-14

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** kEVIN bEZERRA DE cASTRO

Nascimento: 25/09/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980457379

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kevin Christian de Paula Alves

Nascimento: 13/10/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997535180

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kevin de Oliveira Curty

Nascimento: 21/06/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31560761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kevin de Souza Teixeira

Nascimento: 15/10/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985888801

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Lucila de Souza

CPF Resp.Fin.: 118.321.117-17

**Nome:** Kevin dos Santos Accioly

Nascimento: 01/11/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989296139

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kevin dos Santos do Nascimento

Nascimento: 26/04/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992198352

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kevin Frescurati de Araujo Moreira

Nascimento: 06/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964653656

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Gleissiane Oliveira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kevin Givigi Dumonte da Silva

Nascimento: 21/09/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985282229

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kevin Henrique Oliveira Fidelis

Nascimento: 08/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976666919

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kevin Leonardo Gonçalves Silva

Nascimento: 01/01/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34069169 / 989565683

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Liliam Gonçalves Dias

CPF Resp.Fin.:099.115.557-20

**Nome:** Kevin Luiz do Carmo Rodrigues

Nascimento: 14/07/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981144522

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kevin Vieira da Costa

Nascimento: 31/07/1996

Sexo: Masculino

CPF: 161.234.867-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31576329 986239369

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kevinn Mayson Cardoso de Carvalho		
Nascimento:	04/04/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	969173005	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kevyn Andrews de Oliveira dos Santos		
Nascimento:	10/06/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	965573193	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kevyn Henrique de Oliveira Pires		
Nascimento:	19/05/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	989185338	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Kelly Barros de Oliveira	CPF Resp.Fin.:	121.245.627-03
<b>Nome:</b>	Kevyn Mello de Castro Santos		
Nascimento:	27/10/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33051192	E-Mail:	
Alerta Médico:	Em envelope		
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Keyla Maria Lima Ferreira		
Nascimento:	22/09/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33138528 / 980391521	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Keyla Roberta Diniz		
Nascimento:	20/11/1991	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	994011119	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Carioca	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Keyla Vitoria Cardozo de Aguiar Santos

Nascimento: 08/10/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3902-7725 / 97583-7276

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.: Adriana Cardozo de Aguiar

CPF Resp.Fin.: 100.801.087-17

**Nome:** Kezia Cristina Alves de Camargo

Nascimento: 11/07/1997

Sexo: Feminino

CPF: 172.645.567-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992504728

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kezia Cristina dos Santos Frazao

Nascimento: 16/03/1987

Sexo: Feminino

CPF: 131.843.687-77

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31242849-991743504

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kezia Freire de Oliveira

Nascimento: 08/12/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997167545

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kezia Milena Santos

Nascimento: 04/03/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994164239

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Khadija de Castro Correia

Nascimento: 27/02/2002

Sexo: Feminino

CPF: 178.999.617-18

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964472797

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Raphael Nascimento

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kharyne Karolynne D'avila Alves

Nascimento: 08/04/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987867902

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Khayene Marcelle d Avila Alves

Nascimento: 07/04/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970352179

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Khetreen Cristiny Ferreira de Oliveira

Nascimento: 05/07/2001

Sexo: Feminino

CPF: 184.844.737-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98643-8221

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kiara Arsenio de Lima Gonçalves

Nascimento: 14/11/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994964444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kiara Arsenio de Lima Gonçalves

Nascimento: 14/11/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994964444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kilber dos Santos Alburquerque Moreira

Nascimento: 13/04/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98663824

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kimberly Amorim dos Santos

Nascimento: 23/07/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964318722

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Monalisa Duania Amorim

CPF Resp.Fin.:091.871.837-65

**Nome:** Kimberly Ferrari Feitosa

Nascimento: 22/12/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988765539

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kimberly Ferrari Feitosa

Nascimento: 22/12/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970150001

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kimberly Oliveira Bahia

Nascimento: 04/11/1997

Sexo: Feminino

CPF: 169.255.087-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991863951

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kirla Daniele Costa Machado Soares

Nascimento: 14/07/1981

Sexo: Feminino

CPF: 116.770.527-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999350582

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kizanere Alves da Silva

Nascimento: 10/10/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969502996

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** kkkkkkkkkkkkkkkkkkkkk

Nascimento: 23/01/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: llll

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Klayton Alves Borba

Nascimento: 30/08/1993

Sexo: Masculino

CPF: 158.029.887-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990566805

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kleber Azevedo dos Santos

Nascimento: 09/06/1983

Sexo: Masculino

CPF: 097.444.537-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979600383

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kleber Claudio de Castro

Nascimento: 25/06/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986826647

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kleber Costa Silva Fonseca

Nascimento: 28/09/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24052666 / 996043890

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kleber Fernando da Silva Mariotto

Nascimento: 15/11/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990963222

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Klebson Francisco Inacio

Nascimento: 23/08/1977

Sexo: Masculino

CPF: 083.394.977-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964578403

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kleide de Jesus Silva Sousa

Nascimento: 23/09/1979

Sexo: Feminino

CPF: 928.000.093-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 962853011

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kleide Michele Costa

Nascimento: 05/11/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985196643

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kleidson Almeida da Silva

Nascimento: 18/01/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kleiton de Oliveira Santana

Nascimento: 12/11/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 11 958848593

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kleiton Ferreira da Silva

Nascimento: 21/06/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964493754

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Kleiton Ferreira da Silva		
Nascimento:	21/06/1984	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Klinsmann Soares de Lima		
Nascimento:	18/05/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31557491	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Klinsmann Soares de Lima		
Nascimento:	18/05/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31557491 / 985351100	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Sueli Alves de Lima Soares	CPF Resp.Fin.:	018.582.697-09
<b>Nome:</b>	Klinton Lucas da Silva Alves		
Nascimento:	11/06/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975884581	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Kliverton Eduardo da Silva Chaves		
Nascimento:	23/10/2006	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	973940309	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clinica Azul	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Krisley Almeida Nery de Aquino		
Nascimento:	05/01/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986872027 / 33170807	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dentotec 02	Carteira:	
Resp. Fin.:	Iren de Almeida Nery	CPF Resp.Fin.:	807.658.907-04

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Kyara Diogo Thedim

Nascimento: 18/08/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997705963

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Kyara Gomes Bueno

Nascimento: 01/09/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33142775

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lady Fernanda Martins da S. Alves

Nascimento: 06/06/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980211684

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ladyane Almeida de Moraes

Nascimento: 26/12/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969915014

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ladyara Calvacante de Carvalho Miranda

Nascimento: 17/08/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980513185

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laecio Bezerra de Melo Junior

Nascimento: 07/05/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988672975

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Laerce Maria Carlota

Nascimento: 26/06/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97409-7770

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laercio Ferreira

Nascimento: 14/10/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979116173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laercio Gomes da Silva

Nascimento: 26/04/1946

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30671661

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laerte Jose da Silva

Nascimento: 12/04/1968

Sexo: Masculino

CPF: 010.946.717-54

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34273201 964469812

E-Mail: laertds@gmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Riso Rio

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laerthy dos Santos de Oliveira

Nascimento: 09/09/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979783531

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laiane Pereira Santos

Nascimento: 28/12/1992

Sexo: Feminino

CPF: 155.084.197-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969093582

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Laila Cunha Araujo

Nascimento: 27/03/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988783303

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laila Maria dos Reis Rangel

Nascimento: 17/02/1980

Sexo: Feminino

CPF: 088.843.887-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99590-8703

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laila Nunes dos Mares

Nascimento: 27/09/2001

Sexo: Feminino

CPF: 169.218.927-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34074208-993614314

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laila Ramos de Amorim

Nascimento: 29/06/1987

Sexo: Feminino

CPF: 114.347.657-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982768958

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laila Ramos de Amorim

Nascimento: 29/06/1987

Sexo: Feminino

CPF: 114.347.657-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982768958

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laila Saches Pereira de Assis

Nascimento: 09/01/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997210415

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Laila Santos da Luz

Nascimento: 19/03/1983

Sexo: Feminino

CPF: 091.969.207-93

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970086324

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laion dos Santos

Nascimento: 07/11/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979014964

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laion Romanholi

Nascimento: 05/02/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998798154

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laira Santos Oliveira Alves

Nascimento: 16/05/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969041888

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lairton Luiz Venancio

Nascimento: 30/04/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986938729

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Abrantes de Melo

Nascimento: 09/11/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980522867

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.: Elosine Souza

CPF Resp.Fin.:003.349.897-01



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lais Assis Cappelletti Pereira

Nascimento: 29/12/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979214181

E-Mail:

Alerta Médico: com laudos

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Chaves Zinni

Nascimento: 17/07/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987032791

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Cristina Rodrigues de A. de Moraes

Nascimento: 27/12/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991959477

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Cristina Rodrigues de Assumpção de Moraes

Nascimento: 27/12/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991959477

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais da Costa Procopio

Nascimento: 24/04/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992012107

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais da Silva Gomes

Nascimento: 08/07/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981113612

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lais da Silva Martins de Moraes

Nascimento: 29/11/1995

Sexo: Feminino

CPF: 162.011.067-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968585556

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Estevam Reis de Souza

Nascimento: 05/03/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966361237

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Feitosa Lima

Nascimento: 02/02/1989

Sexo: Feminino

CPF: 018.076.473-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35227991 / 983393649

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais ferreira de Oliveira

Nascimento: 25/10/1998

Sexo: Feminino

CPF: 150.455.987-83

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986853982

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Ferreira de Oliveira

Nascimento: 25/10/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Flores

Nascimento: 15/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990712855

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lais Gallozio Moraes de Faria

Nascimento: 11/08/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34068161-996833487

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Granadeiro de Azevedo

Nascimento: 28/07/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995755571

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Inacio Gils

Nascimento: 15/09/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24119072-964356866

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Tinoco

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Leal de Carvalho

Nascimento: 06/10/1990

Sexo: Feminino

CPF: 146.565.247-78

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996378408

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Machado de Santana

Nascimento: 19/08/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990741331

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Nogueira da Silva

Nascimento: 18/11/1996

Sexo: Feminino

CPF: 134.110.027-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99369-5650

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lais Paula de Souza

Nascimento: 12/11/1995

Sexo: Feminino

CPF: 171.150.187-58

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981237433

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Porto Monsoreos

Nascimento: 05/12/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31551910 / 970142704

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Ramos dos Anjos

Nascimento: 29/04/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974243791-34063348

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Santana B. de Sao Bernardo

Nascimento: 23/11/1999

Sexo: Feminino

CPF: 190.605.297-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Santos de Almeida

Nascimento: 16/02/1998

Sexo: Feminino

CPF: 169.928.637-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980779801

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Soares de Moraes

Nascimento: 09/07/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970381444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lais Souza Gabriel

Nascimento: 21/04/1992

Sexo: Feminino

CPF: 143.161.087-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99392-9761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Tavares Lira

Nascimento: 22/01/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31570489-987614209

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Verissimo Pereira

Nascimento: 23/08/1995

Sexo: Feminino

CPF: 163.665.987-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973526097

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lais Vitoria Costa Linhares

Nascimento: 17/03/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974234830

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laisa Augusto Souza

Nascimento: 23/09/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973755806

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laisa Azevedo do Carmo

Nascimento: 08/01/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986939202

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Laisa Cristie da Cruz Barbosa

Nascimento: 14/05/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974656651

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laisa de Amorim Santos

Nascimento: 24/08/1990

Sexo: Feminino

CPF: 146.064.177-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97541-0277

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Manuel e Dra Ana Cristina 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laise Barbosa Coelho

Nascimento: 01/07/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985202268

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laiz Fagundes Cardozo

Nascimento: 23/05/1990

Sexo: Feminino

CPF: 135.738.927-28

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30740612 - 994144593

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** laiz nunam Vilar

Nascimento: 04/01/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992148799

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laiza Fonseca Lameiras

Nascimento: 06/02/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Laize Grace Francisco		
Nascimento:	19/06/1986	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	113.166.517-11
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34658631 / 974470654	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Lana Beatriz Valentim Santos de Lima			
Nascimento:	24/06/2010	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24054078	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Luana Valentim	CPF Resp.Fin.:	056.292.407-81
<b>Nome:</b> Lana Beatriz Valentim Santos de Lima			
Nascimento:	24/06/2010	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	998155174	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Lana Clara de Lima Maia			
Nascimento:	23/07/2009	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Lana Cristina Ribeiro Pontes			
Nascimento:	05/02/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	68375359	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Lana Gloria de Souza			
Nascimento:	23/02/1968	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	003.341.817-98
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980330527	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lana Gonçalves da Rocha

Nascimento: 20/10/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964479923

E-Mail:

Alerta Médico: Exame Online

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lana Patricia Cardoso Barreto

Nascimento: 08/10/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981331899

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lana Regina Paschoa Calheiros

Nascimento: 07/10/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970000984

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Iana Roca

Nascimento: 10/09/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33945484

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lanay dos Santos

Nascimento: 15/08/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9673384590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lander da Silva Miranda

Nascimento: 19/08/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969282519

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Landri Pereira da Fonseca Junior

Nascimento: 18/06/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988151715

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Landri Pereira da Fonseca Junior

Nascimento: 18/06/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Estrada João Melo

Número: 485

Complemento: bl13apt503

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 98815-1715/ 3426-2465

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Rita Gonçalves Dos Santos

CPF Resp.Fin.:070.003.637-70

**Nome:** Lanna da Rocha Loven Nascimento

Nascimento: 27/04/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989151460

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lara Alves Barcelos Azevedo

Nascimento: 24/09/2006

Sexo: Feminino

CPF: 138.959.957-46

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993524907

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Mofato

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lara Barbosa da Silva

Nascimento: 07/06/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975706830

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lara Barros dos Santos

Nascimento: 19/08/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983828572

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Camila Cristina de Barros

CPF Resp.Fin.:108.253.217-78

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lara Goes Flaus de Souza

Nascimento: 05/12/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967605608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lara Lima Vargas

Nascimento: 10/10/2012

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986389462

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lara Lopes Cavalcante

Nascimento: 20/01/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965517209

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lara Mota de Magalhaes

Nascimento: 05/12/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33641951

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Lucileia Regina Esperança

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lara Roque dos Santos

Nascimento: 20/01/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992389325

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lara S. Rodrigues dos Santos

Nascimento: 11/07/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24108794-997173896

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marilia Rafaela

Carteira:

Resp. Fin.: Deisa Jeorgiane Rodrigues

CPF Resp.Fin.:011.916.417-59

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lara Santos Miranda da Silva

Nascimento: 18/11/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968593546

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lara Vitoria Palma de Brito

Nascimento: 26/02/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969868409

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Aguiar Macedo no Nascimento

Nascimento: 26/08/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995191932

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Alves da Silva Vieira

Nascimento: 28/10/1988

Sexo: Feminino

CPF: 135.459.467-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970354273 / 35943192

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Alves de Almeida

Nascimento: 25/11/1998

Sexo: Feminino

CPF: 162.961.047-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996278686

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Ambrosia Castro

Nascimento: 13/12/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989429798

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Amorim de Araujo

Nascimento: 20/01/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34091318-981359686

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Andrade Luiz Rosendo

Nascimento: 02/05/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985280443

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Araujo Correia

Nascimento: 10/07/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964270919

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Barbosa Ferreira

Nascimento: 22/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34091270

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Barbosa Maria

Nascimento: 08/04/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985516349

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Barbosa Nascimento

Nascimento: 28/10/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979022630

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Basilio Delfino do Nascimento

Nascimento: 16/07/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985732402

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Caetano de Souza

Nascimento: 04/03/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976783741

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Caetano Guimaraes

Nascimento: 03/07/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34065608-985583999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Caetano Santa Catharina

Nascimento: 31/08/2002

Sexo: Feminino

CPF: 135.868.337-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972170603

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Calazans de Azevedo

Nascimento: 24/04/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976435003

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Campos Caldas

Nascimento: 25/10/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985156497

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Carvalho de Oliveira

Nascimento: 13/11/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985181630

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Cezar Thomaz

Nascimento: 21/01/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33848701-982725491

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Clemente Vieira

Nascimento: 28/06/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27992227

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Correa Marques

Nascimento: 23/04/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23940429

E-Mail: Maisumdalarycorrea@hotmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Correa Matoso

Nascimento: 29/05/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975204622

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Couto Maria

Nascimento: 22/12/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33130984

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Cozandey de Lucas

Nascimento: 23/06/1999

Sexo: Feminino

CPF: 174.612.677-95

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24158064-989210600

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Cristina de França Pereira

Nascimento: 08/06/1995

Sexo: Feminino

CPF: 151.905.817-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33956219

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Cristina de Lima da Silva

Nascimento: 02/06/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24060368 / 984702634

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Flavia e Dra Marcela

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Cristina Fontes da Silva

Nascimento: 29/03/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981805443

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Cristina Gomes belo

Nascimento: 07/01/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33171992

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Cristina Guimaraes de Melo

Nascimento: 09/05/1996

Sexo: Feminino

CPF: 160.817.377-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995911049

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Cristine Soares Paz

Nascimento: 29/10/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31557729-988084003

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Critine Nunes de Brito

Nascimento: 14/11/1995

Sexo: Feminino

CPF: 150.706.337-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969869335 / 30729789

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa D Avila Menezes

Nascimento: 05/10/2000

Sexo: Feminino

CPF: 062.637.297-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24158364

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Lucia Pinto Menezes

CPF Resp.Fin.:815.990.567-04

**Nome:** Larissa da Conceição Bonfim

Nascimento: 18/01/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966880405

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa da Conceição Ferreira

Nascimento: 01/05/1998

Sexo: Feminino

CPF: 176.750.937-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969574051

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa da Cruz Cassimiro

Nascimento: 25/04/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966128438

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa da S. A. S. Monteiro

Nascimento: 28/09/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964348554

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa da Silva Alves

Nascimento: 28/02/1999

Sexo: Feminino

CPF: 185.283.237-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991781952-991989120

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa da Silva de Melo

Nascimento: 03/04/1996

Sexo: Feminino

CPF: 177.577.757-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990155782

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa da Silva Dias

Nascimento: 22/04/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979653875

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa da Silva Dias

Nascimento: 22/04/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979653875

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa da Silva Gomes de Melo

Nascimento: 26/12/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976274507 / 970063383

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Larissa da Silva Maia		
Nascimento:	10/01/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	164.627.397-46
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975340026 / 970158776	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa da Silva Teixeira		
Nascimento:	18/01/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985772160	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Luciano Matias Carvalho	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa da Silva Vieira		
Nascimento:	22/08/1988	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	118.368.897-04
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	989563443	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa Damiana Goes dos Santos		
Nascimento:	04/08/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	967506153	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa Dantas da Cunha		
Nascimento:	22/02/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980596534	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa de Almeida Barbosa		
Nascimento:	18/03/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984932911	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	Carça Barboa Leite	CPF Resp.Fin.:	109.284.537-23

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa de Andrade Matias

Nascimento: 21/06/2000

Sexo: Feminino

CPF: 054.706.207-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30745693-991783418

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa de Araujo Mouzinho

Nascimento: 04/10/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98415-5571

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa de Santana Doria

Nascimento: 21/05/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976025300

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa de Sousa de Almeida

Nascimento: 21/05/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979009526

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa de Souza Pinho

Nascimento: 26/02/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970186000

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Dias Correa Cabral

Nascimento: 17/07/1998

Sexo: Feminino

CPF: 048.228.803-54

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967037723

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Larissa do Nascimento de A. Amancio		
Nascimento:	28/10/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33554827 974402916	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa do Nascimento de Assis Amancio		
Nascimento:	28/10/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33554827	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Ortho Ômega	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa dos Santos		
Nascimento:	12/02/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	994498835	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa dos Santos		
Nascimento:	31/03/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	966196923	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa dos Santos		
Nascimento:	23/01/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	508.310.113-00
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	32233104	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa dos Santos		
Nascimento:	03/07/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	979870793	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa dos Santos Bernardes

Nascimento: 18/04/1995

Sexo: Feminino

CPF: 156.428.077-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33540572

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa dos Santos Costa

Nascimento: 12/02/1995

Sexo: Feminino

CPF: 155.853.717-11

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994498865

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa dos Santos Couto

Nascimento: 28/03/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982231240

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa dos Santos Souza Silva

Nascimento: 17/06/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971565717

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Ester Reis da Costa de Azevedo

Nascimento: 04/10/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987344081

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Faria da Silva

Nascimento: 07/04/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969116935

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa farias de Santana

Nascimento: 02/06/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969231303

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Fernandes de Oliveira

Nascimento: 10/03/1994

Sexo: Feminino

CPF: 154.429.847-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966621779

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Fernandes Jorge

Nascimento: 17/11/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983600667

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Fernandes Turques

Nascimento: 21/11/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993407853

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Ferreira Crimaldo

Nascimento: 24/10/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992548047

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Ferreira da Silva

Nascimento: 24/04/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34070052

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Ferreira dos Santos

Nascimento: 15/01/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969182917

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Ferreira dos Santos

Nascimento: 15/01/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99934591

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Ferreira Pires

Nascimento: 07/11/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996880934

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Ferro Canavez

Nascimento: 12/08/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970358993

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Freitas Borelli

Nascimento: 03/01/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Gabriela da Silva Passos

Nascimento: 05/07/2008

Sexo: Feminino

CPF: 154.208.037-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33143865/966999235

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Gabriely V.dos S.Furtado

Nascimento: 06/12/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976102378

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Geronimo

Nascimento: 19/12/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico: para o sest

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Gomes de Souza

Nascimento: 22/03/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975678712

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Gonçalves Ribeiro

Nascimento: 09/03/1998

Sexo: Feminino

CPF: 163.349.287-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966718141

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Gonçalves Ribeiro

Nascimento: 09/03/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34269794 / 993624678

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Grazielle Albuquerque

Nascimento: 29/07/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976282348

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Helena de Paula da Silva

Nascimento: 25/04/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36855521

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Leila Reis de Paula

CPF Resp.Fin.:000.493.437-77

**Nome:** Larissa K. A.F. da Silva

Nascimento: 12/01/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966940864

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Karine Assis Queiroz de Oliveira

Nascimento: 20/02/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964132774 / 33149982

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Vanessa Cristina Abreu de Assis

CPF Resp.Fin.:079.028.447-21

**Nome:** Larissa Kelle da Silva

Nascimento: 24/08/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968046578

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Lima Pena

Nascimento: 09/06/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970056571

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Henrique Tezolin

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Lopes Cordeiro

Nascimento: 26/06/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992385716

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Larissa Machado Lima		
Nascimento:	15/03/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984329195 / 985671078	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Marcia Machado Lima	CPF Resp.Fin.:	100.021.087-12
<b>Nome:</b>	Larissa Malta Costa		
Nascimento:	19/12/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31557163	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa Manoela Alves Ferreira		
Nascimento:	23/07/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979486832	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Marcel Jonas	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa Marau Pita		
Nascimento:	27/02/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	127.087.967-71
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34275049 / 988306851	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa Marlene Reis de Souza		
Nascimento:	06/11/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986618279	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larissa Martins de Lima		
Nascimento:	09/03/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	193.836.927-07
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979278682	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Martins Fernandes

Nascimento: 26/05/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990267638

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Mayra Gomes dos Santos

Nascimento: 06/11/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36483219

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Meg Bastos Silva

Nascimento: 16/06/1994

Sexo: Feminino

CPF: 133.218.757-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33149872

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Mendes Marques Oliveira

Nascimento: 05/05/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970339457

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Moreira Machado de Souza

Nascimento: 06/10/2001

Sexo: Feminino

CPF: 190.667.147-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31565983-987396540

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Consultório Pedra de Guaratiba

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Nascimento Moy Martins

Nascimento: 06/05/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964564087

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Nascimento Silva

Nascimento: 03/01/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986527788

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Marcia do Nascimento Bahia

CPF Resp.Fin.:034.353.587-42

**Nome:** Larissa Neves da Luz

Nascimento: 06/03/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966714002

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Nunes Folster

Nascimento: 25/11/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965606351

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa o Peixoto

Nascimento: 21/12/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988149629

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Patricia Cardoso Barreto

Nascimento: 27/06/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983213048

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Pereira de Paula

Nascimento: 04/06/1998

Sexo: Feminino

CPF: 162.108.857-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33647390-92703067

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Peres Torres

Nascimento: 15/04/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980050287

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Antonia Cristiana Peres Torres

CPF Resp.Fin.:887.673.373-68

**Nome:** Larissa Pimentel Rodrigues

Nascimento: 07/02/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99718901

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Pires Magalhães Carvalho

Nascimento: 25/06/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33548424 / 971899885

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Posino

Nascimento: 02/05/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964211254

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Praxedes Rodrigues da Silva

Nascimento: 21/01/1997

Sexo: Feminino

CPF: 163.724.597-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968823433

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Quintanilha da Silva

Nascimento: 23/06/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975516374

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Ramos da Silva

Nascimento: 15/06/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976108424

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Ramos de Almeida

Nascimento: 01/11/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973603640

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Ramos dos Anjos

Nascimento: 03/11/1998

Sexo: Feminino

CPF: 177.316.787-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34063341/974946355

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Rangel

Nascimento: 25/07/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974473538

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Regina de França Silva

Nascimento: 04/07/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984283273

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Rodrigues Silva

Nascimento: 21/06/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965769335

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Rosa da Conceição

Nascimento: 12/06/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993772553

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Rosa Reis

Nascimento: 22/12/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979121765

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Ruiz Garcia Rosa Bastos

Nascimento: 21/12/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988410522

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Sant'anna da Silva

Nascimento: 19/08/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991214111

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthoprider

Carteira:

Resp. Fin.: Lays Sant'anna da Silva

CPF Resp.Fin.: 158.089.817-35

**Nome:** Larissa Santos de Oliveira

Nascimento: 13/01/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33142741

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Santos de Santana

Nascimento: 12/07/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967001514

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Santos de Souza Silva

Nascimento: 17/06/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Santos de Sozua Silva

Nascimento: 17/06/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971565717

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Sardou da Rosa

Nascimento: 13/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: ArleteVendas Rodrigues da Rosa

CPF Resp.Fin.:074.473.767-28

**Nome:** Larissa Silva de Gois

Nascimento: 16/12/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976351686

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Silveira de Souza

Nascimento: 09/06/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Simeao Baptista dos Santos

Nascimento: 06/04/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995917735

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Siqueira dos Santos

Nascimento: 09/03/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965269262

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Soares de Braz pereira

Nascimento: 28/02/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997046217

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Soares Rocha

Nascimento: 12/07/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975038761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Souza dos Santos

Nascimento: 18/02/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987845097

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Sthefany Pereira dos Santos

Nascimento: 04/06/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973000189

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Tavares Lira

Nascimento: 08/06/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31570489-987614209

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Teixeira Gonçalves

Nascimento: 13/03/1993

Sexo: Feminino

CPF: 151.955.657-83

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987953630

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Vanderley Ferreira

Nascimento: 20/11/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972962880

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Venancio Portella

Nascimento: 18/08/1997

Sexo: Feminino

CPF: 163.830.327-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967171921

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Victoria dos Santos Menezes

Nascimento: 10/09/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998268585

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthoprider

Carteira:

Resp. Fin.: Jaqueline dos Santos Menezes

CPF Resp.Fin.: 122.844.987-28

**Nome:** Larissa Vieira Bastos Cardoso

Nascimento: 23/05/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24105529 / 986425387

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Ilha

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Vilar da Silva Campos

Nascimento: 25/06/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 978698239

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Larissa Vitoria Abreu de Souza

Nascimento: 28/05/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976704013

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Vitoria da Silva Barbosa

Nascimento: 17/09/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33547512

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larissa Vitoria Ferreira de Alcantara

Nascimento: 28/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989489658 / 27991363

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Edson Silva de Alcantara

CPF Resp.Fin.:081.865.137-79

**Nome:** Larissa Vitoria Ferreira Gomes

Nascimento: 04/02/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990705046

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** LarissaFonseca da Silva

Nascimento: 24/05/1996

Sexo: Feminino

CPF: 171.099.277-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27992975 / 994243894

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Larrisa Faria da Silva

Nascimento: 26/12/1995

Sexo: Feminino

CPF: 166.613.077-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988191894

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Larry Gelson da Silva		
Nascimento:	23/11/1983	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33645955	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Larssa dos Santos Muniz		
Nascimento:	23/01/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965898817	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laryssa Alves Marques		
Nascimento:	30/09/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	157.215.357-17
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31488850-995707820	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laryssa Camara da Silva		
Nascimento:	14/01/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	174.987.577-29
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	972123249	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laryssa Cavalcante de Oliveira Galvao		
Nascimento:	27/09/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993228888	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laryssa da Costa		
Nascimento:	03/04/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991204329	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Sem a panorâmica. Paciente já fez.		
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Laryssa Damasia da Silva

Nascimento: 05/01/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985060301

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Luciana Damasia

CPF Resp.Fin.:092.138.467-03

**Nome:** Laryssa de Campos

Nascimento: 30/05/1996

Sexo: Feminino

CPF: 175.141.867-78

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97419-6245

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa de Moura Benvindo

Nascimento: 28/01/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa de Paiva Vianna

Nascimento: 04/02/1993

Sexo: Feminino

CPF: 135.023.277-77

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972934745

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa de Souza Pereira

Nascimento: 22/08/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982271450

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa de Souza Rufino

Nascimento: 28/02/1997

Sexo: Feminino

CPF: 164.515.217-01

Logradouro: Campo grande Arnaldo Eugenio

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: 23016010

UF:

Telefones: 34034081

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Laryssa Karen Dias

Nascimento: 16/07/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24125756

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa Keller Correa Ferreira

Nascimento: 17/07/1994

Sexo: Feminino

CPF: 165.215.767-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964069516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa Mayara Pereira da Silva

Nascimento: 12/04/1999

Sexo: Feminino

CPF: 129.779.254-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33640737 / 973532429

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa Menezes Ramos

Nascimento: 31/03/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa Moura Ferreira

Nascimento: 15/07/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975864797

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa Narcizo

Nascimento: 21/02/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996286423

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Laryssa Pereira Santana		
Nascimento:	30/04/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	192.495.897-00
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964529998	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laryssa Pontes Coimbra		
Nascimento:	28/09/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981725966	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laryssa Reis de Andrade Pimentel		
Nascimento:	31/03/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	96445-3695	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laryssa Reis de Andrade Pimentel		
Nascimento:	31/03/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987512387	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laryssa Rodrigues de Jesus		
Nascimento:	16/06/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	147.024.187-00
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976218819	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laryssa Rodrigues de Jesus		
Nascimento:	16/06/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	27990787	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Laryssa Sthefany Henrique de Almeida

Nascimento: 17/03/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24052280

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa Viana Barbosa

Nascimento: 22/11/1996

Sexo: Feminino

CPF: 162.443.737-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964235543 / 969169728

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa Viana Barbosa

Nascimento: 22/11/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998740606

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laryssa Victoria Couto de Oliveira

Nascimento: 25/07/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984442526

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lasaro Pablo Gonçalves de Azevedo

Nascimento: 31/08/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970463881

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lasyanne Aragao Costa da Silva

Nascimento: 23/06/1990

Sexo: Masculino

CPF: 128.300.157-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987538864

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lauan Augusto Souza		
Nascimento:	13/06/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	973172379	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lauana de Araujo de Freitas		
Nascimento:	23/12/1988	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	132.486.377-30
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975898999	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lauany Paixao Teixeira		
Nascimento:	17/12/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33643754-970358124	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Doctor Dent	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laudeci Mendonça Correa		
Nascimento:	05/09/1955	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34099423	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laudemira Fonseca Videres		
Nascimento:	21/10/1982	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981309815	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laudiane Dias da Silva		
Nascimento:	11/03/1984	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965954291	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Laudiceia de Souza Cescon

Nascimento: 20/06/1978

Sexo: Feminino

CPF: 107.002.537-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979836339

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laudiceia Januario de Oliveira Prado

Nascimento: 31/01/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966789934

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laudiceia Jose da Silva

Nascimento: 20/03/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964473849

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laudiceia Martins da Silva

Nascimento: 23/03/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992445636

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laudir Raymundo

Nascimento: 10/07/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33772604

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laura Beatriz da Silva Ribeiro

Nascimento: 16/02/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24043235

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Dayse Cunha

CPF Resp.Fin.:599.015.947-15

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Laura Cabral de Souza		
Nascimento:	30/11/2009	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	988226395	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Virginia Cabral Hatano	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Correa de Menezes Cortes		
Nascimento:	24/02/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34045069 - 986291397	E-Mail:	
Alerta Médico:	IMPRIMIR A PAN		
Convênio:	Campo Grande 4	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Cristina Gonçalves Pimental		
Nascimento:	11/11/1972	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	973996967	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Cristine de Novaes Silva		
Nascimento:	27/07/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	162.534.687-58
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	986753281	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Dr Bernard	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura da Costa de Oliveira		
Nascimento:	12/08/2009	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33567175-981327852	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Virginia Cabral Hatano	Carteira:	
Resp. Fin.:	Suzana da Costa de Oliveira	CPF Resp.Fin.:	077.372.327-70
<b>Nome:</b>	Laura da Rocha A. R. Peres		
Nascimento:	01/07/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	989078210	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Center	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Laura da Silva Braga				
Nascimento:	23/01/2009	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34227711			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Odonto Cods			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura de Oliveira Gomes				
Nascimento:	15/06/2004	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	997490918			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Riso Rio			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura de Souza da Silva				
Nascimento:	30/03/2004	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	994385300			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Gabrielle da Silva				
Nascimento:	13/03/2005	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	973182956			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Odonto Center			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Jesus de Souza				
Nascimento:	21/01/2001	Sexo:	Feminino	CPF:	127.719.447-58
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987051221			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Lima da Conceição				
Nascimento:	04/09/2016	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987768140			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Laura Lopes de Oliveira		
Nascimento:	07/08/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34197463-983007925	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 2	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Luz Alves Oliveira		
Nascimento:	07/11/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	32446181	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 02	Carteira:	
Resp. Fin.:	Fatima Maria Luz de Carvalho	CPF Resp.Fin.:	884.833.477-68
<b>Nome:</b>	Laura Magalhaes do Nascimento		
Nascimento:	18/02/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	154.885.667-32
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991619185	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Maria Francisco de Moraes		
Nascimento:	28/07/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	30829981-975372099	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Juliana Abreu	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Mattos de Almeida		
Nascimento:	17/07/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991391656	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Mota de Oliveira		
Nascimento:	28/08/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33944738	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Laura Nascimento Quintanilha de Freitas		
Nascimento:	25/02/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	2765-7399	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:	Ana Maria de Jesus do Nascimento	CPF Resp.Fin.:	444.259.611-53
<b>Nome:</b>	Laura Neves de Andrade		
Nascimento:	09/11/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	959042006	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Pires Ramos		
Nascimento:	08/12/2010	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964590600	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Rezende Campos		
Nascimento:	22/02/2010	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	988555789	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Silva de Souza		
Nascimento:	28/11/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	143.523.847-80
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24502273	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Laura Vasconcelos Penido		
Nascimento:	08/08/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	975213434	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Laura Viana Pires

Nascimento: 24/05/2012

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984498552

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laurilene dos Santos

Nascimento: 23/03/1998

Sexo: Feminino

CPF: 508.310.113-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32233104

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laurilene dos Santos Muniz

Nascimento: 23/03/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979386983

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laurilene dos Santos Muniz

Nascimento: 23/03/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3223-3104

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Martia Tereza Ribeiro dos Santos

CPF Resp.Fin.:508.310.113-00

**Nome:** Lauro Cesar Marins Junior

Nascimento: 30/12/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34051170-987041159

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lauro Pinheiro Pires Junior

Nascimento: 27/06/1972

Sexo: Masculino

CPF: 023.899.687-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976351551

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lauro Pinheiro Pires Juniro

Nascimento: 27/06/1972

Sexo: Masculino

CPF: 023.899.687-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976351551

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lavinia Damas de Miranda

Nascimento: 04/03/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34090230-976384995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lavinia de Souza

Nascimento: 22/01/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24064318 / 983445666

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.: Denise de Souza Sales Ribeiro

CPF Resp.Fin.:021.552.647-39

**Nome:** Lavinia de Souza da Silva

Nascimento: 28/05/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988444927

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lavinia dos Santos Barros

Nascimento: 09/06/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31089579 / 985945109

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.: Antônio Luiz da Silva Carvalho

CPF Resp.Fin.:933.446.357-00

**Nome:** Lavinia Esteves da Silva Freitas

Nascimento: 06/04/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24122878

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lavinia ferreira Oliva Maia

Nascimento: 20/10/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33840283-976077110

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lavinia Jesus de Almeida

Nascimento: 25/01/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992446650

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lavinia Kelly Lins Ramos

Nascimento: 17/12/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972175130

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lavinia Lopes de Lima Chagas

Nascimento: 01/12/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997717808

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lavinia Medeiros de Matos

Nascimento: 15/09/2007

Sexo: Feminino

CPF: 196.708.977-93

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995184685

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lavinia Menezes da Castilho

Nascimento: 01/02/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99264-8308

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Laviny Vitoria de Souza Lima

Nascimento: 13/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970566756

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lawan Oliveira Lopes

Nascimento: 12/03/2010

Sexo: Masculino

CPF: 168.777.117-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976005215

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lawanne Sousa Alves

Nascimento: 30/07/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975066822

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lawinye Vicente dos Santos

Nascimento: 10/09/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964802458 / 33644802

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Luciana da Silva Vicente

CPF Resp.Fin.: 108.806.067-62

**Nome:** Layane de Oliveira Ferreira Silva

Nascimento: 09/10/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992874237

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Layane Ribeiro da Silva

Nascimento: 09/08/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999753801

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Layane Valeria J. Vianna Barbosa

Nascimento: 01/07/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976154282

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.: Sanclair Barbosa

CPF Resp.Fin.:090.626.487-11

**Nome:** Layanne Lucia Silva Siqueira

Nascimento: 01/11/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981217095

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Layla Beatriz Santos de Souza

Nascimento: 28/06/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34069591-990995204

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Layla Brito Abreu

Nascimento: 02/08/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980984001

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Layla Cristina Ribeiro Barbosa de Carvalho

Nascimento: 25/11/1983

Sexo: Feminino

CPF: 096.482.877-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964626088

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Layla dos Santos Batista

Nascimento: 26/01/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993798344

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Layla Maria dos Santos Batista

Nascimento: 02/03/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993798344

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Layla Mayara Gusmao da Silva

Nascimento: 19/09/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975182752

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Laylana Oliveira de Souza

Nascimento: 14/03/1986

Sexo: Feminino

CPF: 827.620.072-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979585031

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Mofato

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Layna Reis Rodrigues

Nascimento: 09/12/1996

Sexo: Feminino

CPF: 152.973.917-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992595177-33564881

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Layne Meireles Moanis Duarte

Nascimento: 03/07/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993384268

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Layne Meireles Muanis

Nascimento: 03/07/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970263129

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.: Tais Ferreira de Souza

CPF Resp.Fin.: 148.300.727-84

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Laysa Pinheiro Moncada		
Nascimento:	04/02/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969195209	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Luciano Matias Carvalho	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Layse Alves de Souza Costa		
Nascimento:	08/07/1991	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985422682	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Layuck das Neves de Mendonça		
Nascimento:	16/04/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979826311	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Layza Camila da Silva Cruz		
Nascimento:	01/04/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964701101	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Layza Candida Severo		
Nascimento:	08/06/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Rua Mendel Cardoso de Matos	CPF:	135.208.097-45
Bairro:	Nova Iguaçu	Número:	Casa 20 Complemento:
Telefones:	974039252 / 974080288	CEP:	26297009 UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Layza Marques dos Santos		
Nascimento:	09/04/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	037.627.810-28
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31587440-969475359	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 1	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Layza Regina Calheiros Arrochella Carmo		
Nascimento:	23/05/1986	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	970225609	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Layza Souza da Luz Dias		
Nascimento:	10/09/2013	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	95236932	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lazaro Guilherme Carmo da Silva		
Nascimento:	16/05/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34023379 993785800	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Luiz Augusto F da Silva	CPF Resp.Fin.:	042.628.077-62
<b>Nome:</b>	Lazir Moura de Souza		
Nascimento:	15/02/1969	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	009.518.947-57
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33641720	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lea Cristina de B. Cristino de Lima		
Nascimento:	28/06/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	965109261	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Center	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lea da Silva Furtado		
Nascimento:	13/06/1957	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34266137	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lea Graça da Costa de Oliveira

Nascimento: 30/07/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986996927

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lea Karen de Oliveira Blaso

Nascimento: 23/09/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24172065-969973762

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leana de Souza Oliveira

Nascimento: 11/11/1988

Sexo: Feminino

CPF: 098.252.684-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993285939

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandra Amaral de Souza

Nascimento: 01/02/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974395035

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandra dos Santos Carlos

Nascimento: 29/01/1980

Sexo: Feminino

CPF: 102.558.667-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991055024

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandra dos Santos Torres

Nascimento: 05/11/1989

Sexo: Feminino

CPF: 135.354.147-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980085328

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandra Oliveira da Silva

Nascimento: 24/01/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33560552

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandra Regina Lopes Marcolino

Nascimento: 04/11/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983323932

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandra Valeria batista

Nascimento: 16/07/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971826418

E-Mail:

Alerta Médico: Sem a panorâmica

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandra Xavier Oliveira

Nascimento: 27/11/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970389586

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Jose Oliveira da Silva

Nascimento: 11/02/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966671096

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Acioly Gerico

Nascimento: 25/10/1982

Sexo: Masculino

CPF: 116.855.787-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34022863

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro Almeida da Silva

Nascimento: 21/04/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984076876

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Almeida de Moura

Nascimento: 19/07/1992

Sexo: Masculino

CPF: 113.764.037-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965285785

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Alves Ferreira Povia

Nascimento: 29/06/1979

Sexo: Masculino

CPF: 085.403.007-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965800126

E-Mail:

Alerta Médico: Paciente optou pelo Online

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Alvino de Oliveira

Nascimento: 27/11/1981

Sexo: Masculino

CPF: 094.585.247-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970784279

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Alvino de Oliveira

Nascimento: 27/11/1981

Sexo: Masculino

CPF: 094.585.247-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970784279

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Amaral Cruz

Nascimento: 11/03/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976837947

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Leandro Amaral Lopes		
Nascimento:	06/03/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	27992229	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Carolina Leite	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Assumpção dos Santos		
Nascimento:	16/02/1983	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988469203	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	CH Odonto	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Barbosa de Souza		
Nascimento:	16/01/1983	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	999257015	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Batista Machado Paladim		
Nascimento:	24/07/1982	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965458724	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Batista Santos		
Nascimento:	19/10/1982	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990587299	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Bispo dos Santos		
Nascimento:	07/05/1990	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	972223157	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro Brum Pereira

Nascimento: 05/06/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998787085

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Cardoso de Mello

Nascimento: 07/09/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964808199-995680296

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Cardoso Louback

Nascimento: 30/11/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987747676

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Lucileia Regina Esperança

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Carvalho do Nascimento

Nascimento: 15/05/1983

Sexo: Masculino

CPF: 102.051.057-93

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969061011

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Castro de Oliveira

Nascimento: 22/07/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994491513 - 969552777

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Cesar Menezes da Rocha

Nascimento: 14/02/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992736164

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro Cordeiro Braga

Nascimento: 13/12/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970349038

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Costa Leal

Nascimento: 04/11/1978

Sexo: Masculino

CPF: 085.090.437-44

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964233002

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Costa Mendes

Nascimento: 18/08/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965502675

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Costa Pinheiro

Nascimento: 14/09/1978

Sexo: Masculino

CPF: 054.129.817-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964436717

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Rocha Simas

Nascimento: 18/04/1984

Sexo: Masculino

CPF: 104.292.277-28

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996222876 / 31568062

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Silva

Nascimento: 23/09/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982347723

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro da Silva

Nascimento: 29/08/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Silva Carvalho

Nascimento: 22/11/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982224355

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Silva Conceição

Nascimento: 21/03/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969667249

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Silva Farias

Nascimento: 01/04/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964276328

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Silva Mamedir

Nascimento: 11/10/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980785364

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Silva Matos

Nascimento: 12/05/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986514158

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro da Silva Meireles

Nascimento: 28/04/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994405502

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Silva neves

Nascimento: 29/06/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999769136

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Silva Ribeiro

Nascimento: 05/12/1977

Sexo: Masculino

CPF: 053.241.967-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970143229

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro da Silva Rodrigues

Nascimento: 20/12/1997

Sexo: Masculino

CPF: 174.272.687-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98059\*9410

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Damasceno Cerqueira

Nascimento: 20/05/1991

Sexo: Masculino

CPF: 147.088.477-18

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966773375

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro de Andrade

Nascimento: 25/10/1985

Sexo: Masculino

CPF: 106.766.047-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991608894

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro de Jesus

Nascimento: 28/11/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974688012

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro de Oliveira Ferreira

Nascimento: 28/09/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974527341

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro de Sena Faria

Nascimento: 22/05/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991479109

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro de Sousa Fontes Lima

Nascimento: 01/07/1989

Sexo: Masculino

CPF: 137.965.957-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981654220

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro de Souza

Nascimento: 18/06/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973832350

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro de Souza Assunção

Nascimento: 18/02/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970207059

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro de Souza de Lima

Nascimento: 19/12/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34267201 / 972506853

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro de Souza Ribeiro

Nascimento: 04/02/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31424517-991514128

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Dias da Silva

Nascimento: 25/12/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976858687

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro dos Santos

Nascimento: 05/11/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34096898 - 971231295

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Thiago Felipe J. dos Santos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro dos Santos

Nascimento: 12/01/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997478979

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro dos Santos da Silva

Nascimento: 25/10/1981

Sexo: Masculino

CPF: 057.518.477-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996649159

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Leandro Elias Geronimo		
Nascimento:	26/06/1989	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	119.820.857-03
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976907373	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Eufrazio Ferreira		
Nascimento:	06/05/1984	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969844708	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Ciso ( Mariana Lobo )	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Ferreira Canuto da Silva		
Nascimento:	01/09/1985	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980641175	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 1	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Ferreira Nunes		
Nascimento:	16/06/1976	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	934.875.259-68
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979154832	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Francelino		
Nascimento:	21/11/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979725041	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Froidevo		
Nascimento:	25/01/1988	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966552201	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro Gabriel Silva de Oliveira

Nascimento: 24/09/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34266254

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Gama Azevedo

Nascimento: 14/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986919475

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Garcez Fernandes

Nascimento: 14/05/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998809139

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Gomes da Silva

Nascimento: 05/04/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970096974

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Gomes Pereira da Silva

Nascimento: 08/09/1991

Sexo: Masculino

CPF: 145.543.987-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965440786

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Gonçalves dos Santos

Nascimento: 08/02/1982

Sexo: Masculino

CPF: 093.944.927-71

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34246205

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro Gonçalves de Freitas

Nascimento: 08/12/2000

Sexo: Masculino

CPF: 149.277.797-85

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975714096

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Stanley T.B. de Araujo

Carteira:

Resp. Fin.: Sueli Gonçalves de Almeida

CPF Resp.Fin.: 102.810.797-81

**Nome:** Leandro Honorio dos Santos

Nascimento: 15/07/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37872938

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Leo de O. Dalmazio

Nascimento: 27/02/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27991497

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Leonel Pires Branco

Nascimento: 01/09/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999717508

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Lima dos Santos

Nascimento: 24/08/1984

Sexo: Masculino

CPF: 104.674.577-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964613919

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Lopes de Souza

Nascimento: 28/12/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34016123

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Leandro Lopes Pinto		
Nascimento:	27/02/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34050695	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Lopes Pinto		
Nascimento:	27/02/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:	Rua Geranimo	CPF:	
Bairro:	Campo Grande	Número: 32	Complemento:
Telefones:	964504875 / 34050695	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dentotec 02	Carteira:	
Resp. Fin.:	Reinaldo de Sousa Pinto	CPF Resp.Fin.:	003.346.677-71
<b>Nome:</b>	Leandro Luciano Ramos		
Nascimento:	19/11/1995	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965667468	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Luiz de Oliveria Santos		
Nascimento:	12/09/1982	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	053.924.297-77
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976727995	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Machado		
Nascimento:	09/06/1976	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Machado Gomes		
Nascimento:	19/05/1985	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	992829775	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro Marcelino Camara

Nascimento: 23/06/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24111823

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Marcos da Silva Santos

Nascimento: 01/03/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972409531

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Martins Gomes

Nascimento: 15/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33563467-984265953

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Mattos Saraiva

Nascimento: 01/04/1983

Sexo: Masculino

CPF: 099.857.697-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21434636

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Medeiros da Conceição

Nascimento: 14/09/1945

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988595261

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Monteiro da Silva

Nascimento: 13/12/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964338773

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro Nascimento Macedoneo

Nascimento: 02/09/1981

Sexo: Masculino

CPF: 093.778.707-80

Logradouro: Rua Mirante Tamandaré - Novo Olanda

Número: 52

Complemento:

Bairro: Bonsucesso

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 38821831 / 22601631

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Nicolau da Silva

Nascimento: 15/05/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99093662

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Nunes Ferreira

Nascimento: 16/06/1976

Sexo: Masculino

CPF: 934.875.259-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979154832

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Oliveira Martins

Nascimento: 10/01/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988462942

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Paes Lema

Nascimento: 16/11/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991824186

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Paulino

Nascimento: 17/02/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983694147

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Leandro Pereira da Silva		
Nascimento:	15/07/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31086044 - 975063610	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Inorte	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Pereira Rocha		
Nascimento:	31/08/1979	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964832407	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Rangel Pereira		
Nascimento:	17/08/1981	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	088.606.787-14
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983232393	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Roberto Nunes		
Nascimento:	29/06/1994	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965290619	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Rodrigues		
Nascimento:	05/09/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993063189	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Marcel Jonas	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leandro Rodrigues da Silva		
Nascimento:	03/07/1993	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	87 988244477	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro Rodrigues da Silva

Nascimento: 19/10/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993514728

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Rodrigues da Silva

Nascimento: 03/05/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979101173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Rodrigues Monteiro

Nascimento: 17/03/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988910714

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Santos Lucas de lima

Nascimento: 17/08/1983

Sexo: Masculino

CPF: 103.688.907-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968813461

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Silva da Fonseca

Nascimento: 26/10/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970038564

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Espaço Sorrir / Estação Sorrir

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Silva de Oliveira

Nascimento: 06/02/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964375136

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro Silva de Oliveira

Nascimento: 12/04/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37846458

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Silva Santos

Nascimento: 25/06/1983

Sexo: Masculino

CPF: 103.481.057-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 22-988373290

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Souza Braw

Nascimento: 16/01/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34040125

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.: Adriana Souza de Oliveira

CPF Resp.Fin.:082.406.867-02

**Nome:** Leandro Souza da Rosa Abreu

Nascimento: 27/05/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975832510

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimir a pan

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Souza da Silva

Nascimento: 08/08/1991

Sexo: Masculino

CPF: 132.163.647-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983315190

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Trindade Barcelos

Nascimento: 18/02/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24022318

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leandro Vitor de Lima Martins

Nascimento: 12/08/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990750989

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leandro Vitorio da Silva

Nascimento: 17/07/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991873271

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leci Ferreira Godinho da Silva

Nascimento: 30/01/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34092941

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leci Maria Sampaio Maximo

Nascimento: 07/02/1946

Sexo: Feminino

CPF: 786.989.107-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24092870

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lecio Pereira do Nascimento

Nascimento: 13/02/1969

Sexo: Masculino

CPF: 942.718.877-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983810155

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leda Marcia Freire Bernard

Nascimento: 23/04/1950

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32346936-34496229

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leda Maria do Nascimento

Nascimento: 05/07/1952

Sexo: Masculino

CPF: 635.549.767-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35516307

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leda Maria Moreira de Souza

Nascimento: 02/08/1940

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24159061

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lediane de Sousa de Almeida Couto

Nascimento: 09/01/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979009526

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ledislane de Castro Silva

Nascimento: 08/10/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33562221-965882911

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ledison Marins Augusto

Nascimento: 23/01/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996128930

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lee Marvim Gomes de Oliveira

Nascimento: 07/11/1992

Sexo: Masculino

CPF: 150.870.147-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32862720-980403771

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leia Soares da Silva

Nascimento: 08/03/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993756554

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leide Brito Lima

Nascimento: 31/03/1998

Sexo: Feminino

CPF: 082.466.935-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24034619

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leide Daiana Conceição dos Santos

Nascimento: 25/08/1986

Sexo: Feminino

CPF: 118.931.497-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964272257

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Flavia e Dra Marcela

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leide Jane Fernandes Nunes

Nascimento: 13/08/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975410386

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leideane da Silva Holanda

Nascimento: 15/08/1984

Sexo: Feminino

CPF: 108.964.407-88

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970299765

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leideane da Silva Holanda

Nascimento: 15/08/1984

Sexo: Feminino

CPF: 108.964.407-88

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970299165

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leideane da Silva Holanda

Nascimento: 15/08/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34093450

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leidiana Freitas Melo dos Santos

Nascimento: 07/06/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976307011

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leidiana Moreira de Souza

Nascimento: 02/12/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986739750

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leidiane de Araujo Marques

Nascimento: 06/01/1988

Sexo: Feminino

CPF: 120.168.997-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974734137 / 30641036

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leidiane Muniz de Souza

Nascimento: 25/08/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983894498

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leidiane Santos Nicolau

Nascimento: 17/02/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991685439

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Leidimir Silva				
Nascimento:	09/08/1981	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	9741995856			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leidjane R. P. Monteiro				
Nascimento:	10/04/1988	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	976395156			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Carolina Leite			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leidy Daiany Santos Silva				
Nascimento:	01/03/1991	Sexo:	Feminino	CPF:	134.142.907-58
Logradouro:	Caminho do Partido			Número:	LT:12 Complemento: QD:08
Bairro:	Rio da Prata	Cidade:	Rio de Janeiro	CEP:	UF: RJ
Telefones:	988428873			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Clínica RS			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leila Cruz de Andrade				
Nascimento:	08/01/1954	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964092469			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leila da Cruz Oliveira				
Nascimento:	25/03/1983	Sexo:	Feminino	CPF:	107.804.717-09
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	975673194			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Dra Alessandra 01			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leila de Carvalho Campos				
Nascimento:	14/08/1965	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	970065515			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Riso Rio			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leila de Carvalho Campos

Nascimento: 14/08/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leila dos Santos Camilo da Silva

Nascimento: 20/05/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988109477

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leila Haidar Reginato

Nascimento: 09/04/1947

Sexo: Feminino

CPF: 760.843.537-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24125656/967684404

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leila Maria da Silva Lage

Nascimento: 25/07/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24022781

E-Mail:

Alerta Médico: Enviar Online

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leila Maria da Siva Lage

Nascimento: 25/07/1956

Sexo: Feminino

CPF: 537.010.897-87

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24022789

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leila Maria Souza dos Santos

Nascimento: 29/03/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24105570

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leila Regina Cruz de Andrade

Nascimento: 08/01/1954

Sexo: Feminino

CPF: 673.672.167-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964092464

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leila Viana de Resende Ferreira

Nascimento: 26/10/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979189681

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leila Vianna de Resende Ferreira

Nascimento: 26/10/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34041555

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leilane da Silva Carvalho

Nascimento: 26/09/1991

Sexo: Feminino

CPF: 156.889.937-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976757470 / 31557484

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leilane da Silva Ferreira

Nascimento: 12/11/1996

Sexo: Feminino

CPF: 178.822.027-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998921841

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leilane de Araujo

Nascimento: 09/09/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24126838

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leilane de Souza Bandeira

Nascimento: 12/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969957841

E-Mail: Leilainesouza20@gmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leilane Mara Prudencio da Silva

Nascimento: 27/09/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975931965

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leiliane Araujo dos Santos

Nascimento: 25/12/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97069614

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leiliane Cristina de Almeida

Nascimento: 11/01/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986333755

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leiliane de Souza Esteves

Nascimento: 06/06/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34841494- 965264527

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leiliane de Souza Esteves

Nascimento: 06/06/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34841494 / 965264527

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leinad Cristina Dutra da Silva

Nascimento: 05/03/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970187846

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lemoel Henrique do Nascimento

Nascimento: 09/01/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34034181-986714862

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lemuel Filipe Soares dos Santos

Nascimento: 15/09/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24187874-992667303

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lenice Feliciano da Silva

Nascimento: 19/09/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31862709

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lenice Gomes Piovesan

Nascimento: 17/11/1953

Sexo: Feminino

CPF: 406.805.417-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36496179-986414744

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lenice Oliveira Suzano

Nascimento: 07/07/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970168638

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lenilda de Araujo Silva Cardoso

Nascimento: 15/07/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24048615

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lenin França Fontes

Nascimento: 18/12/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976373348

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lenira Teixeira Roque

Nascimento: 01/04/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31576950

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lenita Cavachini Rodrigues

Nascimento: 13/07/1985

Sexo: Feminino

CPF: 105.788.537-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989522049 / 24184483

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lennon Gomes Afonso

Nascimento: 08/07/1991

Sexo: Masculino

CPF: 140.696.147-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983323908

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 03

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lenon da Silva de Oliveira

Nascimento: 14/07/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980940116

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leoanrdo Vitor Savastano da Conceição

Nascimento: 22/06/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979421376

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leon Pereira Mendes Dias

Nascimento: 08/06/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964213131

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonam Silva Prado de Magalhaes

Nascimento: 11/10/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991553467

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Casio Oliveira Domiciano

Nascimento: 18/09/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986084076-995157221

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Alves da Silva

Nascimento: 20/01/1987

Sexo: Masculino

CPF: 129.408.007-58

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995236378

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Alves Pereira

Nascimento: 01/06/1995

Sexo: Masculino

CPF: 067.744.223-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991192797

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Amaral de Araujo

Nascimento: 13/04/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97088149

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Antonio Felisbino Simoes

Nascimento: 19/03/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994076136

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Aparecido Soares

Nascimento: 06/10/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Augusto da Silva

Nascimento: 09/04/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979266021

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Barbosa de Azevedo

Nascimento: 02/12/1975

Sexo: Masculino

CPF: 047.545.717-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33339770

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Barra

Nascimento: 18/03/1951

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Barros de Macena

Nascimento: 06/04/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976673893

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Beliene da Costa

Nascimento: 13/10/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973117995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Bernardes Dias Moreira

Nascimento: 13/04/1983

Sexo: Masculino

CPF: 093.945.267-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964360434

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Bianco Cericola Lopes

Nascimento: 31/03/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980809558

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Brum Franklin

Nascimento: 18/12/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964436706

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Cabral Dares

Nascimento: 05/06/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987179468

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentacc

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Calixto da Silva

Nascimento: 06/08/1997

Sexo: Masculino

CPF: 154.964.677-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988943532

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Cardoso da Silva

Nascimento: 17/12/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964108481

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Carmo de assunção

Nascimento: 14/08/1982

Sexo: Masculino

CPF: 099.025.317-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33642174

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Carvalho Cunha

Nascimento: 07/05/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995331918

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Tinoco

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Cesar Lima da Silva

Nascimento: 29/12/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986297033

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Chaves

Nascimento: 08/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982383947

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Chaves de Souza

Nascimento: 19/04/1989

Sexo: Masculino

CPF: 126.697.007-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964808537

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Correia Meireles

Nascimento: 23/07/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991285888

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Costa da Silva

Nascimento: 30/08/1975

Sexo: Masculino

CPF: 042.730.677-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966259611

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Costa de Oliveira

Nascimento: 02/03/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964556093

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Cunha Campos

Nascimento: 07/09/1979

Sexo: Masculino

CPF: 083.046.737-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33647782-966503786

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Cunha Rosa

Nascimento: 09/07/1982

Sexo: Masculino

CPF: 100.729.027-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964143940 / 34021805

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo da Conceição Cabral

Nascimento: 30/12/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970335646

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Consultório Pedra de Guaratiba

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo da Rocha Alencar

Nascimento: 08/04/1995

Sexo: Masculino

CPF: 062.592.293-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996998765

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo da Silva Barbosa

Nascimento: 28/09/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987770992

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo da Silva de Souza

Nascimento: 24/04/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999324769

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo da Silva Maciel

Nascimento: 03/04/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999111522

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo da Silva Nascimento

Nascimento: 10/03/1975

Sexo: Masculino

CPF: 047.705.517-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24127229 - 988127454

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Policlínica Britânica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo da Silva Pereira

Nascimento: 10/05/1977

Sexo: Masculino

CPF: 029.170.237-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31441979

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo da Silva Raimundo

Nascimento: 03/07/1980

Sexo: Masculino

CPF: 083.046.787-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976141903

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** leonardo da silva ribeiro

Nascimento: 18/01/1988

Sexo: Masculino

CPF: 059.070.467-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 64233701/27992457

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo da Silva Rodrigues

Nascimento: 19/11/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971834211

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo da Silva Santana

Nascimento: 27/07/1984

Sexo: Masculino

CPF: 110.685.867-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992744007

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo da Silva Senra

Nascimento: 08/03/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo da Silva Simões

Nascimento: 26/10/1988

Sexo: Masculino

CPF: 101.091.237-27

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24126683-990526585

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo da Vinci Xavier

Nascimento: 07/11/1957

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24122565

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Damasceno da Silva

Nascimento: 21/12/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973392419

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Dantas Torres

Nascimento: 30/11/1983

Sexo: Masculino

CPF: 104.664.297-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975414387

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Dantas Torres

Nascimento: 30/11/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35940221

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo das S. Souza Sampaio

Nascimento: 16/05/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990920590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Leonardo de Almeida da Conceição		
Nascimento:	25/07/1977	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	994275708	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leonardo de Araujo Caneca		
Nascimento:	25/05/2010	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	986841370	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leonardo de Athayde dos Santos		
Nascimento:	26/04/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	982707533	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leonardo de Azevedo		
Nascimento:	16/11/1980	Sexo:	Masculino
Logradouro:	Rua Joelson de Azevedo	CPF:	108.929.517-02
Bairro:	Paciencia	Número:	42
Cidade:	Rio de Janeiro	Complemento:	Casa:01
Telefones:	986291316 / 971557021	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dr Bernard	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leonardo de Barros Brandão		
Nascimento:	21/04/1984	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	980980700	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leonardo de Farias Vicente		
Nascimento:	16/06/1995	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	980791922	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clinica Mofato	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo de Jesus Gama

Nascimento: 12/08/1987

Sexo: Masculino

CPF: 128.086.707-88

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968320606

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo de Jesus Silva

Nascimento: 01/12/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982869428

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo de Magalhães Pereira

Nascimento: 21/01/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964611400

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo de Melo Costa

Nascimento: 15/04/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991532826

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo de Oliveira Benedito

Nascimento: 20/04/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968220884

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo de Oliveira da Silva

Nascimento: 14/01/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo de Oliveira Jardim

Nascimento: 18/09/1984

Sexo: Masculino

CPF: 118.361.437-37

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976301968

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo de Oliveira Mattos Cruz

Nascimento: 21/08/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Santa cruz rua 1 710

Número: 1

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34017692

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.: Simone Ferreira de Mattos

CPF Resp.Fin.:020.385.077-75

**Nome:** Leonardo de Souza Figueiredo

Nascimento: 29/12/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980939136

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo de Souza Pinto

Nascimento: 20/01/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991258882

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo de souza Pires

Nascimento: 20/05/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975130594

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo de Souza saluci

Nascimento: 19/04/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964762079

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Dias Luiz Santos

Nascimento: 08/01/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992907967

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopríde

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Dias Nogueira

Nascimento: 08/11/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34036183-976636950

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo do Carmo Oliveira

Nascimento: 24/09/2004

Sexo: Masculino

CPF: 128.567.197-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33560854-980906153

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Consultório Dentinho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo do Carmo Paranhos

Nascimento: 03/08/1990

Sexo: Masculino

CPF: 126.026.767-99

Logradouro: Rua Olinda Elis

Número: 536

Complemento: casa 72

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 982805741

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo do Carmo Paranhos

Nascimento: 03/08/1990

Sexo: Masculino

CPF: 126.026.767-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo do Carmo Leal

Nascimento: 23/08/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo do Nascimento Freitas

Nascimento: 21/07/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980801079

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo dos Santos

Nascimento: 18/05/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989855486

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo dos Santos Pimentel

Nascimento: 20/09/1996

Sexo: Masculino

CPF: 160.093.077-83

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994962409

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo dos Santos Ulrichsen

Nascimento: 24/03/1980

Sexo: Masculino

CPF: 090.974.437-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982462262

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Felipe dos Santos

Nascimento: 30/08/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24169250-995733519

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Ferreira Cabral de Oliveira

Nascimento: 11/09/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997433381 / 33842917

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Marcia Cristina Gomes Ferreira

CPF Resp.Fin.: 074.606.897-26



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Franco dos Santos

Nascimento: 28/03/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994081685

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Galindo Carvalho

Nascimento: 13/04/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970380669

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Garces da Silva

Nascimento: 04/07/1988

Sexo: Masculino

CPF: 126.241.067-31

Logradouro: Rua Francisco Mota

Número: 169

Complemento: Casa

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 34057603 / 997142897

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Gomes da Silva

Nascimento: 16/05/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970950339

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Gomes da Silva

Nascimento: 21/10/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971172392

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Gomes dos Santos

Nascimento: 10/10/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Gonçalves Menezes da Silva

Nascimento: 29/12/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974960806

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Gonçalves Rodrigo da Silva

Nascimento: 06/12/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994973904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Guilherme Cordeiro da Silva

Nascimento: 21/09/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984197365

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Guinther Brixner

Nascimento: 02/03/1999

Sexo: Masculino

CPF: 180.494.177-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979659675

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Henrique Alves

Nascimento: 10/04/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966424318

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Henrique José da Silva

Nascimento: 26/12/1996

Sexo: Masculino

CPF: 159.659.357-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970100617

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Consultório Pedra de Guaratiba

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Henrique Martins de Oliveira

Nascimento: 07/12/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974435863

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.: Geilsa Martins Lopes de Oliveira

CPF Resp.Fin.:095.502.547-80

**Nome:** Leonardo Henrique Oliveira Dantas

Nascimento: 28/02/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974073937

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Henrique Pereira

Nascimento: 05/06/1984

Sexo: Masculino

CPF: 103.908.137-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964607846

E-Mail:

Alerta Médico: Com laudo

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Joia Correa

Nascimento: 31/12/1984

Sexo: Masculino

CPF: 105.744.307-76

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98680-7341

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Lamenza

Nascimento: 13/07/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994412555

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Leite da Silva

Nascimento: 09/11/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Leonardo Lima da Costa		
Nascimento:	07/04/1989	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	972547207	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Thiago Felipe J. dos Santos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leonardo Lima da Costa		
Nascimento:	07/04/1989	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	972547207	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leonardo Lohan Oliveira dos Santos		
Nascimento:	25/11/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985056865	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leonardo Luiz de Paula Silva		
Nascimento:	08/10/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	144.634.197-60
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987854178	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leonardo Luiz leite Mendanha		
Nascimento:	23/05/1988	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979274330	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leonardo Luiz Porto Sanches		
Nascimento:	19/02/1982	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	056.489.747-79
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979885254	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Lyra da Silva

Nascimento: 14/10/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990424146

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Machado de Oliveira

Nascimento: 09/01/1986

Sexo: Masculino

CPF: 107.366.097-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 38398535

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Marques Corneiro

Nascimento: 24/11/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24158625-973044630

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Marquet Carmo

Nascimento: 08/11/1996

Sexo: Masculino

CPF: 173.141.217-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24098115

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Tania Gil

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Martins da Silva

Nascimento: 28/01/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975940084

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Matheus de Souza Paiva

Nascimento: 05/07/1995

Sexo: Masculino

CPF: 156.193.737-11

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966806336

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Mathias Gomes Filho

Nascimento: 30/09/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964723460

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Fausto

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Melo Pifano Thomaz

Nascimento: 15/08/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34065894

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Mendes de Oliveira

Nascimento: 30/06/1988

Sexo: Masculino

CPF: 982.620.682-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988150211

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Miguel Vieira da Silva

Nascimento: 28/12/1996

Sexo: Masculino

CPF: 121.919.297-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31587320

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Millioli Santos

Nascimento: 21/10/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980747269

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Monteiro Barbosa

Nascimento: 19/07/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Monteiro de Melo

Nascimento: 21/01/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967757946

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthoprider

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Moraes da Silva

Nascimento: 08/06/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988327015

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Moraes de Arruda

Nascimento: 27/08/2000

Sexo: Masculino

CPF: 176.705.627-30

Logradouro: Rua Francisco Vilela

Número: 5

Complemento: Casa 3

Bairro: Guaratiba

Cidade: RJ

CEP:

UF: RJ

Telefones: 24015071

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Tania Gil

Carteira:

Resp. Fin.: Joelma Rodrigues de Moraes

CPF Resp.Fin.:029.072.054-04

**Nome:** Leonardo Mundrini de Oliveira

Nascimento: 16/11/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965852971

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimir a radiografia

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Muniz dos Santos

Nascimento: 23/10/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34075125

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Muniz dos santos

Nascimento: 23/10/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965216508

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Neves Lima

Nascimento: 02/12/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983552338

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Nunes de Freitas

Nascimento: 10/01/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980792075

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Oliveira de Freitas

Nascimento: 26/01/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992624171

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Oliveira dos Santos

Nascimento: 14/09/1994

Sexo: Masculino

CPF: 130.186.747-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984081002 / 39333495

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Regis

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Paula de Carvalho

Nascimento: 09/07/1986

Sexo: Masculino

CPF: 057.966.557-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972696560

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Paulino de Souza

Nascimento: 23/03/1991

Sexo: Masculino

CPF: 143.972.227-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985757995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Pereira Dias

Nascimento: 21/06/1988

Sexo: Masculino

CPF: 001.691.522-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996632462

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Pereira dos Santos

Nascimento: 24/01/1986

Sexo: Masculino

CPF: 112.461.437-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964690978

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Pereira Nicacio

Nascimento: 03/11/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994555858

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Pinheiro Guimarães

Nascimento: 25/03/1985

Sexo: Masculino

CPF: 334.275.198-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 7894-4941

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Pinto Capano

Nascimento: 20/02/1995

Sexo: Masculino

CPF: 175.997.497-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31552320 / 969113596

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Pinto Capano

Nascimento: 20/02/1995

Sexo: Masculino

CPF: 175.997.497-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31552320

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Pires de Brito

Nascimento: 26/12/1988

Sexo: Masculino

CPF: 130.412.357-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970093714

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Pires de Lima

Nascimento: 04/10/1996

Sexo: Masculino

CPF: 158.567.997-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35515595 / 976380507

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Queiros de Aquino

Nascimento: 07/06/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980468015

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Ramos Silva

Nascimento: 28/10/1993

Sexo: Masculino

CPF: 143.064.307-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98612-3193 / 96493-1404

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Victor

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Raphael de Moraes

Nascimento: 13/03/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 962753412

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Rebello de Souza Botelho

Nascimento: 26/07/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964122608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Reis de Santana Costa

Nascimento: 15/09/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995404557

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Ribeiro Bezerra

Nascimento: 14/11/1995

Sexo: Masculino

CPF: 177.090.047-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981797826

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Ribeiro Cavalcante

Nascimento: 07/06/1993

Sexo: Masculino

CPF: 160.807.647-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36472247-994616758

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Ribeiro dos Santos

Nascimento: 06/10/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965580789

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Rickes Lima Cavalcanti

Nascimento: 25/08/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981846918

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Rodrigues

Nascimento: 18/01/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980912380

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** leonardo Rodrigues Azevedo

Nascimento: 23/11/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966945881

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Rodrigues Monteiro

Nascimento: 03/06/1995

Sexo: Masculino

CPF: 157.828.647-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34846286 / 983176347

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** leonardo rodrigues paula filho

Nascimento: 19/07/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: rua engenheiro angelo barata

Número: 140

Complemento: fundos

Bairro:

Cidade: rio de janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 966538360/996472033

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.: luciana de brito campos leite

CPF Resp.Fin.:076.353.057-35

**Nome:** Leonardo Romualdo dos Santos

Nascimento: 01/01/1985

Sexo: Masculino

CPF: 112.085.727-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976862192

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Santos de Almeida

Nascimento: 13/02/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34036140

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Santos Lima

Nascimento: 16/10/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Silva de Souza

Nascimento: 05/09/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24110119-976708633

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Silva do Nascimento

Nascimento: 03/02/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979268169

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Silva Gonçalves Novais

Nascimento: 31/03/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990206294

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Silva Ramos

Nascimento: 04/08/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965436957

E-Mail:

Alerta Médico: Sem Discrepancia e CD

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Soares Baptista

Nascimento: 06/08/1989

Sexo: Masculino

CPF: 131.397.487-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34095263

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Sousa Fernandes

Nascimento: 31/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993510847

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Souza Braga

Nascimento: 07/06/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974395028

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Souza de Aquino

Nascimento: 25/02/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980551130

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Edelean Santana de Souza

CPF Resp.Fin.: 115.283.307-30

**Nome:** Leonardo Souza Silva Junior

Nascimento: 11/12/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979632376

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Inorte

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Tavares da Conceição

Nascimento: 17/04/1989

Sexo: Masculino

CPF: 116.922.657-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991532300-986276332

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Teixeira da Silva

Nascimento: 06/04/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976763651

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Teixeira Marcal

Nascimento: 29/11/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965469834

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Teodoro dos Santos

Nascimento: 18/08/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21 987246553

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Valerino de Oliveira

Nascimento: 26/09/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997078429 ( Tio Marcelo )

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Vasconcellos de Aguiar

Nascimento: 06/07/1995

Sexo: Masculino

CPF: 178.833.167-29

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993428279

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Venancio Alves

Nascimento: 26/09/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982244080

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Viana Geisteira

Nascimento: 27/05/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24127369-987830779

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Viana Gesteira

Nascimento: 27/05/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24127369

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leonardo Viana Silva Gomes de Carvalho

Nascimento: 01/07/1996

Sexo: Masculino

CPF: 148.800.277-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974654886

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Vieira de Souza

Nascimento: 21/01/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964300825

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Vinicius Nunes da Silva

Nascimento: 10/11/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980722065

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo William Ferreira do Nascimento

Nascimento: 19/07/1984

Sexo: Masculino

CPF: 102.466.507-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30223800-979785277

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Xavier de Menezes

Nascimento: 18/03/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988187194/965872303/979565132

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonardo Xavier do Nascimento

Nascimento: 01/04/1992

Sexo: Masculino

CPF: 418.018.038-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999163841

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leoncio Rodrigues Pereira

Nascimento: 13/08/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31577260

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leone Bonicenha

Nascimento: 29/04/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999575060

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leone da S. Rodrigues

Nascimento: 21/05/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33843083

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leone da Silva Rufino

Nascimento: 05/02/1991

Sexo: Masculino

CPF: 147.566.227-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969319183

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leone dos Santos

Nascimento: 05/04/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33162329

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leone Gomes de Freitas Feliciano

Nascimento: 23/01/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3409\*9381

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Edna Gomes F Feliciano

CPF Resp.Fin.: 118.395.617-77

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leone Marciel Queiroz

Nascimento: 13/09/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964449105

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonea Ferreira Lopes

Nascimento: 25/07/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994327372

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonei Silva da Conceição

Nascimento: 20/01/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonidas Marques Averbuch

Nascimento: 05/04/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985309056

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonidas Soares Moraes

Nascimento: 30/12/1997

Sexo: Masculino

CPF: 157.430.507-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34058042-965781252

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leonilo Alan da Silva

Nascimento: 18/03/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970058312

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lerida Campos de Souza

Nascimento: 23/04/1946

Sexo: Feminino

CPF: 072.148.977-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33949947

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lerionaldo de Oliveira

Nascimento: 05/09/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989045336

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lessandra Guimaraes

Nascimento: 08/03/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970382666

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lessandra Pereira dos Santos

Nascimento: 25/05/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987637655

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lethicia Barbosa Ferreira

Nascimento: 19/03/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988464603

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lethicya Fontes de Paiva Gurjao

Nascimento: 25/06/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969187451

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Alexandra Alves

Nascimento: 30/09/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990960203

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Almeida dos Santos Oliveira

Nascimento: 20/12/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985148908

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Alvarenga de Santana

Nascimento: 02/05/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991257304

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Alves Gonçalves

Nascimento: 27/08/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991705105

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Ayrosa de Oliveira

Nascimento: 01/06/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989298256

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Azevedo dos Santos da Mota

Nascimento: 28/12/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997217049

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.: Luciana de Avelar

CPF Resp.Fin.:078.447.727-27

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Azevedo Nunes

Nascimento: 29/09/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990150921

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Baltar Timotio

Nascimento: 17/04/1997

Sexo: Feminino

CPF: 162.046.187-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33944858-974053538

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Barbosa Diniz Frazao Damico

Nascimento: 08/11/2012

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973229357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Barcelos dos Santos

Nascimento: 24/10/1997

Sexo: Feminino

CPF: 177.170.147-18

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976942608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Bastos Capurro

Nascimento: 01/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32519526

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Bastos da Silva

Nascimento: 20/01/2000

Sexo: Feminino

CPF: 165.339.207-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965276258

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Batista M. Machado

Nascimento: 07/12/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979588633

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Batista Pereira

Nascimento: 07/06/2004

Sexo: Feminino

CPF: 198.449.877-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964136569

E-Mail:

Alerta Médico: Com incisivos.

Convênio: Bruno Corecha

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Bonfim Silva

Nascimento: 27/01/1989

Sexo: Feminino

CPF: 139.369.517-56

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993624315

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Brandão da Silva

Nascimento: 11/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990249325

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Cabral

Nascimento: 08/06/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33169268

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Cabral Viana

Nascimento: 14/11/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31030665-992010979

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Leticia Candido Augusto		
Nascimento:	15/05/1981	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34024542	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Carolina Mageste da Silva		
Nascimento:	18/10/1987	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	997313510	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Carvalho Ginelli de Oliveira		
Nascimento:	04/09/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	155.168.917-01
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	027-997903927	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Cesar Thomaz		
Nascimento:	12/12/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	173.392.827-85
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985682012	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Cespédi Ribeiro Ferreira		
Nascimento:	23/04/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979288337	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Correa Mattoso		
Nascimento:	05/03/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975204622	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Costa Saboia

Nascimento: 12/04/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24172303

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Costa Sanoia Soares

Nascimento: 12/04/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998904722

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Cristina Costa Gomes

Nascimento: 10/08/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988105006

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Cristina da Costa Alves

Nascimento: 15/03/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986656559

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Cristina da S. Costa

Nascimento: 22/09/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994069413

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Cristina da Silva Costa

Nascimento: 22/09/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994069413

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Cristina Silva de Laia

Nascimento: 09/07/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984079233

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Cristine da Silva Ferraz

Nascimento: 03/06/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3405-7998 / 996110753

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Debora da Silva Ferraz

CPF Resp.Fin.:070.450.707-21

**Nome:** Leticia Cristine Leite Silva

Nascimento: 04/11/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992581116

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia da Rosa Costa Montine

Nascimento: 09/09/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33541670

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia da Silva Brito Duda

Nascimento: 16/03/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965195850

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia da Silva Costa

Nascimento: 07/11/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964343383

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia da Silva Gomes

Nascimento: 06/09/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984935152

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia da Silva Gomes de Melo

Nascimento: 16/11/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976274507 / 970063383

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia da Silva Marques

Nascimento: 10/05/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968578791

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia da Silva Oliveira

Nascimento: 03/03/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992738194

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia da Silva Oliveira

Nascimento: 24/10/1994

Sexo: Feminino

CPF: 165.043.757-98

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31573623

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia da Silva Rego

Nascimento: 07/03/1989

Sexo: Feminino

CPF: 140.777.337-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985731670

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Letícia da Silva Rêgo		
Nascimento:	07/03/1989	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	140.777.337-23
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	98573-1670 / 98157-6143	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia da Silva Santos Barros		
Nascimento:	05/02/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	169.666.987-17
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24644269-982272769	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia da Silva Vieira		
Nascimento:	12/12/1988	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964910890	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia da Silveira Souza		
Nascimento:	16/10/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33772772-999148180	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia de Almeida Teles		
Nascimento:	14/06/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	161.608.187-24
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	972342431	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia de Assis Inácio		
Nascimento:	22/09/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981401266	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Juliana Abreu	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia de Brito Goufeto Lourenço

Nascimento: 04/07/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999059653

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia de Carvalho Mattos

Nascimento: 08/10/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964310814

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia de Carvalho Monsoreos

Nascimento: 28/10/2004

Sexo: Feminino

CPF: 202.305.177-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964106682

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia de Carvalho Patricio Pereira

Nascimento: 30/08/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988175525

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Virginia Cabral Hatano

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia de Carvalho Patricio Pereira

Nascimento: 30/08/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33540279

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia de Freitas Rodrigues de Almeida

Nascimento: 15/04/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33643082 / 989601082

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Luana de Freitas da Silva

CPF Resp.Fin.: 129.979.757-19

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Letícia de Jesus da Silva		
Nascimento:	18/04/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	161.489.297-08
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964378585	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Letícia de Oliveira Ramos			
Nascimento:	31/12/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	30213840	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Claudia de Oliveira	CPF Resp.Fin.:	034.050.627-65
<b>Nome:</b> Letícia de Oliveira Vieira			
Nascimento:	10/02/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975879717	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Letícia de Sousa de Almeida Couto			
Nascimento:	14/03/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979009526	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Letícia de Souza			
Nascimento:	03/05/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	35514531	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Letícia de Souza Guimaraes Posso			
Nascimento:	28/10/2010	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983839881	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Center	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Letícia de Souza Lima		
Nascimento:	03/07/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	146.009.507-39
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33511251	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia de Souza Lobo Dias		
Nascimento:	02/05/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986020606	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia Dias dos Santos		
Nascimento:	24/04/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24180879-986370674	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clinica Mofato	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia do Nascimento dos Santos		
Nascimento:	20/01/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24108653	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia do Nascimento Lima		
Nascimento:	22/03/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	139.821.577-57
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33643599-984727472	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Cintia dos Anjos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	leticia do nascimento lima		
Nascimento:	22/03/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	139.821.577-57
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular 02	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia do Nascimento Lima

Nascimento: 06/01/1984

Sexo: Feminino

CPF: 054.977.187-52

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33134696

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia do Nascimento Muniz

Nascimento: 05/01/1999

Sexo: Feminino

CPF: 159.893.177-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984830232

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia do Nascimeto Lima de Souza

Nascimento: 06/01/1984

Sexo: Feminino

CPF: 054.977.187-52

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33134696

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Domingos Scursulim

Nascimento: 10/07/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966371051

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia dos Anjos Matos

Nascimento: 05/10/1996

Sexo: Feminino

CPF: 156.433.717-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia dos Santos

Nascimento: 25/10/1997

Sexo: Feminino

CPF: 165.224.977-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968292481

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimir a panorâmica

Convênio: Clinica Mofato

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia dos Santos Carvalho

Nascimento: 02/01/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32922156

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia dos Santos Oliveira

Nascimento: 21/09/1997

Sexo: Feminino

CPF: 128.972.157-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990469360

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia dos Santos Rizzuto Ribeiro

Nascimento: 03/06/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989339328

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia dos Santos Souza

Nascimento: 20/11/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31231896

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Elizangela Bala dos Santos Souza

CPF Resp.Fin.: 112.568.357-06

**Nome:** Leticia dos Silva Trocado

Nascimento: 18/03/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34067140-986606315

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Thiago Felipe J. dos Santos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Duarte Silva

Nascimento: 28/09/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983902260

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Ecardine de Oliveira da Cunha

Nascimento: 26/09/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964701255

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Euclides Sardou

Nascimento: 03/01/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986511246

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Eulises da Rocha Conceição

Nascimento: 30/07/1994

Sexo: Feminino

CPF: 160.823.017-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964583302

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia fernanda Barrocas da Costa

Nascimento: 23/03/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979246891

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Fernandes de Melo Alves

Nascimento: 19/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994180481

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Fernandes dos Santos

Nascimento: 28/11/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983048185

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Luciano Fernandes

CPF Resp.Fin.: 105.231.937-85

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Fernandes Fonseca

Nascimento: 08/08/1992

Sexo: Masculino

CPF: 146.070.297-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985681223

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Ferreira Batista

Nascimento: 22/11/1999

Sexo: Feminino

CPF: 059.273.845-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9952344179

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Ferreira de França

Nascimento: 16/05/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34023062

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Ferreira de Lacerda

Nascimento: 25/07/1996

Sexo: Feminino

CPF: 173.747.487-52

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988134903

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia França dos Santos

Nascimento: 09/09/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23947000

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Francisca dos Santos Narcizo

Nascimento: 19/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24189510

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Luciene Francisca dos Santos

CPF Resp.Fin.:070.873.527-41

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Letícia Freitas Ladeira		
Nascimento:	01/07/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	997830283	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Cintia dos Anjos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia Gil Franco de Sá		
Nascimento:	15/12/1986	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964540917	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia Gomes Andrade Rosa		
Nascimento:	25/08/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	997872377	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia Gomes da Silva		
Nascimento:	06/07/1984	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	996865492	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia Gomes de Apolonio		
Nascimento:	18/02/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	152.037.017-25
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985865176	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clinica Azul	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Letícia Gomes de Oliveira		
Nascimento:	25/09/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	024 998552026	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Gonzaga Rodrigues

Nascimento: 23/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982073641

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.: Elionaia Alves Gonzaga

CPF Resp.Fin.:931.597.735-15

**Nome:** Leticia Kelly da Silva

Nascimento: 24/02/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988626396

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Lima de Oliveira

Nascimento: 21/04/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986795044 / 987956654

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Damaras de Lima

CPF Resp.Fin.:119.711.917-52

**Nome:** Leticia Lopes Mendes

Nascimento: 16/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24134043 992580204

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Lorena da Silva de Oliveira

Nascimento: 10/04/1998

Sexo: Feminino

CPF: 173.975.767-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965459629

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Lorena da Silva de Oliveira

Nascimento: 10/04/1998

Sexo: Feminino

CPF: 173.975.767-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965459629

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Lyrio de França

Nascimento: 09/03/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969157304

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Machado Neves

Nascimento: 28/12/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984329006

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Marcia da Silva

Nascimento: 02/10/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991224912-37533484

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Maria Coimbra Ferreira da Silva

Nascimento: 09/04/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34098975

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Maria da Silva

Nascimento: 11/09/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968463332

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Maria ferreira Marcelino

Nascimento: 19/12/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999567051

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Maria Sousa dos Santos

Nascimento: 06/05/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999665651

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Maria Souza dos Santos

Nascimento: 06/05/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999665651

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Mariane Luiz Freitas

Nascimento: 27/02/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975899061

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Marques de Brito

Nascimento: 18/07/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972171998

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Matheus de Souza

Nascimento: 28/09/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34033947 / 964987773

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Moreira Rodrigues

Nascimento: 20/10/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973710716

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Leticia Moura Gonçalves		
Nascimento:	15/09/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994622404	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Moura Pereira		
Nascimento:	17/06/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966617722	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Oliveira de Carvalho		
Nascimento:	07/11/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974299647	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Oliveira dos Santos		
Nascimento:	17/02/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	995914138	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clinica Azul	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Paula Castro de Abreu		
Nascimento:	12/04/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990811186	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Pires de Abel		
Nascimento:	06/06/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964596471	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Pires Nascimento

Nascimento: 11/04/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981011758

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Ramos

Nascimento: 04/03/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34039755

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Adauto Ancelmo de Souza

CPF Resp.Fin.:006.125.807-50

**Nome:** Leticia Ramos do Nascimento

Nascimento: 25/06/1996

Sexo: Feminino

CPF: 168.837.767-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964906691

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Ramos Soares

Nascimento: 19/11/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985195646

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Rangel de Sousa

Nascimento: 09/06/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968319434

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Renata Soares

Nascimento: 30/06/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968156315

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Saldanha de Vargas

Nascimento: 01/10/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33779478-980682536

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Saldanha de Vargas

Nascimento: 01/10/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33779478 / 993397790

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Santana da Silva

Nascimento: 02/02/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Santos de Assunção

Nascimento: 18/02/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975076846

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Giselle Santos Pereira

CPF Resp.Fin.:092.793.797-20

**Nome:** Leticia Severo Martins

Nascimento: 02/11/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980030490

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Silva Araujo

Nascimento: 14/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24036206-985365956

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Silva Araujo

Nascimento: 14/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24036206

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Silva Oliveira

Nascimento: 24/01/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979314475

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Silva Oliveira Almeida

Nascimento: 24/01/1995

Sexo: Feminino

CPF: 146.692.827-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979314475

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Soares dos Santos

Nascimento: 03/11/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24179525

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Souza Pantoja de A. Cordeiro

Nascimento: 26/05/1995

Sexo: Feminino

CPF: 028.328.672-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Souza Pantoja de Almeida Cordeiro

Nascimento: 26/05/1995

Sexo: Masculino

CPF: 028.328.672-51

Logradouro: Rua Itaborai

Número: N.12

Complemento:

Bairro: Boa Esperança - Seropedica

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 972814101 / 26826754

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Leticia Souza Pantojola de A. Cordeiro		
Nascimento:	26/05/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Rua Itaborai - Boa Esperança	CPF:	028.328.672-51
Bairro:	Seropédica	Número:	12
Cidade:	Rio de Janeiro	Complemento:	
Telefones:	972814101 / 26826754	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dentotec	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Stephanie Rocha Menezes da Silva		
Nascimento:	18/06/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	
Cidade:		Complemento:	
Telefones:	991993142	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Stephanie Sousa do Bomfim		
Nascimento:	22/07/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	
Cidade:		Complemento:	
Telefones:	990872073	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Leticia Sudré Victal dos Santos		
Nascimento:	13/02/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Rua Ligia Malagut	CPF:	
Bairro:	Jardim Paraíso - Nova Iguaçu	Número:	LT:06
Cidade:	Rio de Janeiro	Complemento:	QD:17
Telefones:	26863002 / 998377491	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:	Thaysa Sudre da Silva Farias	CPF Resp.Fin.:	059.479.637-79
<b>Nome:</b>	Leticia Tavares Viana		
Nascimento:	03/01/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	
Cidade:		Complemento:	
Telefones:	41056706	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Isabel C. Pol	Carteira:	
Resp. Fin.:	Rosana Tavares	CPF Resp.Fin.:	071.674.767-73
<b>Nome:</b>	Letícia Tavares Victorio		
Nascimento:	24/05/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	
Cidade:		Complemento:	
Telefones:	989818040	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Joselene Maria Tavares Victorio	CPF Resp.Fin.:	034.499.737-54

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Vanzan da Silva

Nascimento: 23/02/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969942568

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Vasconcelos Bezerra

Nascimento: 15/12/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34063387-964119007

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Viana da Silva

Nascimento: 27/03/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998740606

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Victoria Salazar Guerin

Nascimento: 02/09/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980776380

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leticia Vieira da Silva Costa

Nascimento: 12/08/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979507551

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** LETICIA VITORIA DAS NEVES DANTAS

Nascimento: 08/03/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leticia Vitoria das Neves Dantas

Nascimento: 08/03/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23946007

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Valdecira Alves das Neves

CPF Resp.Fin.:084.766.727-80

**Nome:** Leticia Zeferino Romeu

Nascimento: 09/02/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982518460

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Letícyá Almeida de Lima

Nascimento: 26/08/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: RG 131033540

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 2409-3133

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Elisabete Lopes de Almeida

CPF Resp.Fin.:098.906.857-95

**Nome:** Letticia Santana Miranda da Silva

Nascimento: 26/12/1993

Sexo: Feminino

CPF: 124.985.037-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964238937 /33384957

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Levi da Silva Nunes

Nascimento: 29/09/1995

Sexo: Masculino

CPF: 173.574.517-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31086025

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Levi Dias de Souza

Nascimento: 10/04/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974255397

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Levi Frederico da S. Martins

Nascimento: 21/08/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990781824

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Levi Marques Gomes do Santos

Nascimento: 16/03/1995

Sexo: Feminino

CPF: 173.406.447-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969081939

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Levi Nunes do Carmo

Nascimento: 06/03/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997621737

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Levy Junior Pereira Silva

Nascimento: 26/11/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975404221

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leyane Costa Monteiro

Nascimento: 16/08/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975341702

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leyla Cristina Victor Dias

Nascimento: 01/09/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998964933

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Leylane de Oliveira Nunes Pereira

Nascimento: 25/02/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974442967

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leylane Lorrane da Conceição de Brito

Nascimento: 01/03/1995

Sexo: Feminino

CPF: 157.277.207-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97561-6925

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Leywson Paixão de Souza

Nascimento: 28/05/1996

Sexo: Masculino

CPF: 028.721.685-32

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21 96760-3385

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Manuel e Dra Ana Cristina 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lhudmylla dos Santos Moura

Nascimento: 27/06/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985133839

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lia Cristina Batista da Silva

Nascimento: 27/04/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964260317

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lia Domingos Lauermann Silva

Nascimento: 31/03/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998578513

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lia Gonçalves Pereira Vale

Nascimento: 22/02/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995009861

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lia Mayra Jacintho Santos

Nascimento: 13/03/1992

Sexo: Feminino

CPF: 136.416.567-88

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964531085

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lia Nicolau da Silva

Nascimento: 26/04/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965271838

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liana dos Santos

Nascimento: 02/09/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970240580

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liandra Carpenter da Silva Rocha

Nascimento: 03/08/2005

Sexo: Feminino

CPF: 155.103.547-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3401-5228

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liane Almeida da Silva

Nascimento: 15/05/1970

Sexo: Feminino

CPF: 037.547.697-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24114754

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lianne Cristine Antunes

Nascimento: 09/09/1994

Sexo: Feminino

CPF: 147.683.927-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34076499-986639930

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liberia Sant Anna Alves

Nascimento: 14/02/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968071560

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liberia Santana Alves

Nascimento: 14/12/1959

Sexo: Feminino

CPF: 608.460.707-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968071560

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Libna Ronara Pinto de Melo

Nascimento: 27/07/1989

Sexo: Feminino

CPF: 016.439.582-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973666590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidenil Francisca dos Santos Braz

Nascimento: 15/05/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986472227

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidia da Silva Siqueira

Nascimento: 30/07/1976

Sexo: Feminino

CPF: 073.799.077-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34045777

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lidia de Mello Martins Maximo

Nascimento: 24/06/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993161392

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidia de Souza Mesquita

Nascimento: 24/04/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986153665

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidia Lucia Coelho do Nascimento

Nascimento: 26/06/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987999058

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidia Maria Soares Pereira

Nascimento: 05/04/1986

Sexo: Feminino

CPF: 108.193.267-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964622008

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidia Pacheco Valim

Nascimento: 15/05/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24111621

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidia Pereira de Oliveira

Nascimento: 25/11/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976720818

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lidia Ribeiro Lemos

Nascimento: 01/11/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidia Silva dos Santos

Nascimento: 06/12/1997

Sexo: Feminino

CPF: 174.419.987-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998509209

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidia Silva dos Santos

Nascimento: 06/12/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971286027

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidia Thomaz Ferreira da Costa

Nascimento: 04/05/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41019935 - 986604645

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidian de Jesus Hora Ferreira

Nascimento: 21/03/1993

Sexo: Feminino

CPF: 139.932.617-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41062822

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiana Alves dos Santos

Nascimento: 26/09/1988

Sexo: Feminino

CPF: 105.308.117-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33141570

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lidiana Oliveira da Silva		
Nascimento:	10/09/1981	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	999350650	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Marcel Jonas	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Ramos Dias		
Nascimento:	20/12/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	172.949.317-39
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31552224-964780223	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 02	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Aparecida Silva		
Nascimento:	10/02/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	122.708.047-67
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965959064	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Aparecida Silva		
Nascimento:	10/02/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	122.708.047-67
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988444262	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Bazeth do Carmo		
Nascimento:	18/10/1989	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975916491	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Beda Montes		
Nascimento:	05/05/1989	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980266225	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lidiane Carmo dos Santos

Nascimento: 02/12/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974002306

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Cristina Mello de Alburque

Nascimento: 03/07/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985490449

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane da Costa Pena Amaral

Nascimento: 09/12/1989

Sexo: Feminino

CPF: 135.182.587-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34046866-974901378

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane da Silva Miranda

Nascimento: 03/10/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996798787

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Damasceno Braga

Nascimento: 20/03/1994

Sexo: Feminino

CPF: 163.830.127-11

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974590426

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane de Araujo da Conceição

Nascimento: 10/05/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31830907

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lidiane de Jesus dos Santos

Nascimento: 23/08/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972319950

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane de Paula Pereira

Nascimento: 14/02/1998

Sexo: Feminino

CPF: 155.791.047-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986174523

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane do Nascimento Correa Lacerda

Nascimento: 11/11/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24042995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Estefani da Silva

Nascimento: 21/10/1996

Sexo: Feminino

CPF: 166.583.547-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998784119

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Felix do N. da Cunha Silva

Nascimento: 15/02/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976439784

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Inorte

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Freitas Rangel de Sant Anna

Nascimento: 02/01/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24107788-998975265

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lidiane Gomes Silva

Nascimento: 24/05/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988056626

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Jennifer Ferreira da Silva

Nascimento: 25/06/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Luiza Vicente

Nascimento: 27/11/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980255210 / 31587209

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Martins de Souza Amorim

Nascimento: 03/03/1999

Sexo: Feminino

CPF: 176.401.227-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990461755

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Oliveira de Souza

Nascimento: 31/10/1991

Sexo: Feminino

CPF: 139.258.567-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966949619 / 34698417

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane pamela Coelho Ferreira

Nascimento: 29/03/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989040210

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lidiane Pereira Caetano		
Nascimento:	28/01/1982	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964446987	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Pereira dos Santos		
Nascimento:	08/12/1979	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	978.151.875-87
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980346270	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Pereira dos Santos		
Nascimento:	08/12/1979	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	978.151.875-87
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980346270	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Pinheiro		
Nascimento:	27/01/1980	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	995944455	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Luciano Matias Carvalho	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Pravato da Silva		
Nascimento:	26/06/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Estrada do Tingui	CPF:	145.784.557-18
Bairro:	Campo Grande	Número:	L 16 Complemento: Q: B
Telefones:	989335311 / 21650507	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Pravato da Silva		
Nascimento:	26/06/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular 02	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lidiane Ramos Piovesan		
Nascimento:	30/09/1978	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	081.773.157-14
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964073434	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Rodrigue Pereira		
Nascimento:	23/03/1991	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	141.504.027-36
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	995944375	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Doctor Dent	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Santos Assunção		
Nascimento:	26/06/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Rua José Neto	CPF:	158.255.297-56
Bairro:	Campo Grande	Número:	11 Complemento: casa
Telefones:	35515703 / 999263348	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Santos Lopes de Carvalho		
Nascimento:	20/01/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976881507	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Silva dos Reis		
Nascimento:	23/01/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	178.185.387-80
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31866693/989045969	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lidiane Soares Lyra		
Nascimento:	02/02/1980	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	052.497.307-52
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lidiane Souza da Silva

Nascimento: 10/10/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991805653

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Viana de Cassia

Nascimento: 08/04/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27667214-982419784

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidiane Werneck Gomes

Nascimento: 23/08/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21828122

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lidice Leopoldina de Souza

Nascimento: 08/10/1952

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24095178

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liene Arian da Silva Ferreira

Nascimento: 21/04/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998344601

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liene Souza Pereira

Nascimento: 23/01/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974207135

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Ligia Bento Cezar

Nascimento: 29/03/1993

Sexo: Feminino

CPF: 159.050.707-09

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 974778301

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ligia da Silva Henrique Abrantes

Nascimento: 08/09/1977

Sexo: Feminino

CPF: 080.147.297-06

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 999038422

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ligia Guimiraes Sanches

Nascimento: 19/12/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 24180820

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ligia Maria da Silva

Nascimento: 16/08/1956

Sexo: Feminino

CPF: 547.847.867-91

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 35910718-992815342

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ligia Ribeiro Lemos Machado

Nascimento: 16/12/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Lucileia Regina Esperança

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ligiane dos Santos Thomaz

Nascimento: 13/02/1996

Sexo: Masculino

CPF: 156.385.327-22

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 981049511

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lila Nunes dos Mares

Nascimento: 27/09/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993614314

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lili Tolentino Curitiba

Nascimento: 27/11/1942

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24129790

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilia Gomes Ribeiro

Nascimento: 12/04/1995

Sexo: Feminino

CPF: 607.410.763-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983173255

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Tania Gil

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilia Maria Martins Matos

Nascimento: 31/03/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964291350

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilia Moraes dos santos

Nascimento: 30/12/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995981582

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilia Pessoa da Costa Campos

Nascimento: 04/12/1953

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24117720

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lilia Santanna Bastos		
Nascimento:	18/05/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966627414	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lilian Botelho da Silva		
Nascimento:	19/03/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966468368	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lilian Carolyne Lima Vieira		
Nascimento:	17/02/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	999099683	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lilian Cristina Mendes da Costa		
Nascimento:	03/06/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969356842	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Cintia dos Anjos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lilian Cristine da Silva Lima		
Nascimento:	10/01/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	90982990	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lilian da Gama Rezende		
Nascimento:	20/05/1979	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983638230	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lilian da Rosa Lopes

Nascimento: 29/06/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976790931

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian da Silva Cordeiro

Nascimento: 17/03/1997

Sexo: Feminino

CPF: 176.244.347-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992913811

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian da Silva Machado

Nascimento: 13/03/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986987038

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian da Silva Neves Hipolito

Nascimento: 29/04/1987

Sexo: Feminino

CPF: 125.274.287-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974867563

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Damazio Vicente

Nascimento: 19/10/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970273644

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Damazio Vicente

Nascimento: 19/10/1984

Sexo: Masculino

CPF: 098.926.437-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970273644

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lilian de Carvalho de Amorin

Nascimento: 30/03/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981275390

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian de Oliveira Joaquim de Abreu

Nascimento: 22/03/1983

Sexo: Feminino

CPF: 053.887.887-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997548087

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian de Paula Silva

Nascimento: 05/08/1987

Sexo: Feminino

CPF: 122.336.457-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 3795-4012 / 97610-8903

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian dos Santos Ferreira

Nascimento: 21/05/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976240551

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Joaquim de Souza

Nascimento: 04/10/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Krasznitzsky de Araujo

Nascimento: 25/08/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964268145

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lilian Machado Pinheiro

Nascimento: 17/06/1952

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24135273

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Machado Pinheiro

Nascimento: 17/06/1952

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24135173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Nascimento

Nascimento: 28/07/1980

Sexo: Feminino

CPF: 052.841.337-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34037366 / 968717720

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Neide da Silva

Nascimento: 22/08/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994841110

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Pires de Souza

Nascimento: 19/09/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999075052

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Ribeiro

Nascimento: 12/10/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983402062

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lilian Ribeiro de Lima

Nascimento: 29/07/1986

Sexo: Feminino

CPF: 122.486.847-11

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986292866

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Roberta Gonçalves Duarte

Nascimento: 30/04/1980

Sexo: Masculino

CPF: 082.887.527-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35511891

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Rodrigues Cunha Alexandre

Nascimento: 21/01/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983973143

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Santos de Medeiros

Nascimento: 10/08/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987074666

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Soares de Paula

Nascimento: 20/07/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968299173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lilian Valéria do Nascimento Silva

Nascimento: 15/06/1993

Sexo: Feminino

CPF: 150.529.917-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34841605

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lilian Verissimo Soares

Nascimento: 08/01/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985699822

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliana Barbosa Ferreira

Nascimento: 03/11/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34091270

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliana Barbosa Ferreira

Nascimento: 03/11/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988978848

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Antonio Ferreira

Nascimento: 17/08/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992867465

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Camille da Silva de Souza Martins

Nascimento: 17/03/1995

Sexo: Feminino

CPF: 161.355.037-58

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35617773 / 991583244

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Carla dos Santos

Nascimento: 10/08/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984068343

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Liliane da Silva Barros Lisboa

Nascimento: 30/08/1981

Sexo: Feminino

CPF: 085.975.347-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35809303-998439244

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane de Paula V. da Silva de Souza

Nascimento: 04/05/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964664292

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Figueiredo Prates

Nascimento: 19/09/1992

Sexo: Feminino

CPF: 132.555.526-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998482537

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Lima de Barros

Nascimento: 14/02/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994819697

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Lima Ferreira Costa

Nascimento: 30/10/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976302534

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Martins da Silva

Nascimento: 29/12/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966733178

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Liliane Medica Oliveira

Nascimento: 16/06/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964655804

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Nogueira de Souza

Nascimento: 16/03/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979285469

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Paixao David

Nascimento: 12/04/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964348131

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Pereira Lins

Nascimento: 13/06/1978

Sexo: Feminino

CPF: 094.317.857-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24093589

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Rosa Faria dos Santos

Nascimento: 04/01/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980899713

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liliane Venancio de Aguiar

Nascimento: 03/03/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964911173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lilliane da Silva dos Santos

Nascimento: 16/05/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975779483

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lincoln Moreno Bauer de Castro

Nascimento: 03/09/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970657381

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lincon de Andrade Mazoleni

Nascimento: 07/05/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990844009

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Linda Ines da Silva Almeida

Nascimento: 08/09/1995

Sexo: Feminino

CPF: 174.965.447-44

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974887957

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Linda Ines dos Santos

Nascimento: 11/07/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 94889376

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Victor

Carteira:

Resp. Fin.: Luciana Francisco dos Santos

CPF Resp.Fin.:062.615.327-10

**Nome:** Linda Ines Ferreira

Nascimento: 16/07/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 22 997158633

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Linda Lee Souza dos Santos

Nascimento: 27/04/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984494974

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lindaines Santos Silva

Nascimento: 12/11/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990622752

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lindaines Santos Silva

Nascimento: 12/11/1997

Sexo: Feminino

CPF: 175.665.627-46

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983058694

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lindalva Souza Brito

Nascimento: 04/04/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981381744

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lindinalva Alves Matos Costa'

Nascimento: 18/07/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993057511

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lindinalva dos Anjos

Nascimento: 18/03/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971890028

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lindinalva Maria de Souza

Nascimento: 02/02/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986498412

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lindomar dos Santos Monteiro

Nascimento: 26/10/1967

Sexo: Masculino

CPF: 766.333.226-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991614467

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lindomar Gomes de Oliveira

Nascimento: 13/03/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966249081

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lindonilza Gonçalves de Souza

Nascimento: 16/12/1970

Sexo: Feminino

CPF: 524.286.995-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39893964-983011171

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lineker Freitas de Araujo

Nascimento: 20/07/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 951012075

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lionan Albuquerque de Melo

Nascimento: 31/01/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3465-9952

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Liria Santana Camargo		
Nascimento:	13/07/1979	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	094.410.877-69
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	972799863	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lirian Ferreira Costa de Araujo		
Nascimento:	09/06/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	985408549	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Janiele Ferreira Costa	CPF Resp.Fin.:	116.158.987-27
<b>Nome:</b>	LIRIAN RAQUEL RODRIGUES		
Nascimento:	21/11/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	148.472.227-25
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24111852	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Liryl Christine Gomes Rosa		
Nascimento:	20/02/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	986722245	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clinica L V - Lilian Vasques	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Liryl Christine Gomes Rosa		
Nascimento:	20/02/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	976363025	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clinica L V - Lilian Vasques	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Liryl Christine Gomes Rosa		
Nascimento:	20/02/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	976363025	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lisa Sthefanie Nascimento

Nascimento: 02/07/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34223346

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.: Marcia Cristina Machado do Nascimento

CPF Resp.Fin.:022.065.117-54

**Nome:** Lisandra Santos Braga

Nascimento: 04/10/1994

Sexo: Feminino

CPF: 150.190.917-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973613041

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lisangela Paula dos Santos Ferreira

Nascimento: 31/12/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980224413

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Thiago Felipe J. dos Santos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lisete de Carvalho Miranda

Nascimento: 24/03/1972

Sexo: Feminino

CPF: 021.638.437-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34067607-987821561

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liseth Dayana Castaneda Mazzo

Nascimento: 05/08/1998

Sexo: Feminino

CPF: 065.319.727-69

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964261816

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lisiene de Souza Aleixo

Nascimento: 20/08/1986

Sexo: Feminino

CPF: 114.068.657-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32924085

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lissa Maria Soares Duarte Diniz

Nascimento: 29/09/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983825561

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lissa Mayara Faria Azevedo

Nascimento: 20/06/1992

Sexo: Feminino

CPF: 155.131.547-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32924827 / 974997875

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liverson Monteiro de Araujo

Nascimento: 26/10/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986612871

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica Karina Morgado

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Aparecida de Oliveira Cardoso

Nascimento: 12/10/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985201946

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Aparecida de Oliveria Cardoso

Nascimento: 12/10/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985201946

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Araujo Bastos

Nascimento: 02/06/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26827223 / 981859155 / 988549850

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Luciane Araujo Bastos

CPF Resp.Fin.:951.585.613-20

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Livia Araujo Bastos

Nascimento: 02/06/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981859155

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Luciane Araujo Bastos

CPF Resp.Fin.:951.585.613-20

**Nome:** Livia Barbosa Cardoso

Nascimento: 21/05/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23948041

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Caroline Straus Nogueira

Nascimento: 16/10/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970339723

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Caroline Straus Nogueira Vieira

Nascimento: 16/10/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97033-9723

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Cordeiro Mesquita

Nascimento: 07/01/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981878003

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Paula

CPF Resp.Fin.:088.070.187-05

**Nome:** Livia da conceição Pena

Nascimento: 07/02/1982

Sexo: Feminino

CPF: 079.399.616-32

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997150338

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Livia da Silva Menezes

Nascimento: 20/12/1998

Sexo: Feminino

CPF: 167.420.647-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989566485

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia de Oliveira Dantas Torres

Nascimento: 17/02/2013

Sexo: Feminino

CPF: 178.557.047-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975414387

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Fernandes Brandão

Nascimento: 22/05/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992781534

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Fernandes Costa

Nascimento: 10/06/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981802771

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Ferreira Cabral de Mello

Nascimento: 06/12/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992929755

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Ferreira Cabral de Melo

Nascimento: 06/12/1984

Sexo: Feminino

CPF: 112.117.787-74

Logradouro: Av. Ministro Ari Franco

Número: 1575

Complemento: B:04 Ap:30

Bairro: Bangu

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 970062770 / 35553259

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Livia Firmino

Nascimento: 09/05/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970262367

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.: Islaria Silva de Jesus

CPF Resp.Fin.:060.247.717-46

**Nome:** Livia Karen Fernandes da Costa

Nascimento: 01/03/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964011220

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Lima e Silva

Nascimento: 05/08/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985094560

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Lima Vieira Ferreira

Nascimento: 24/02/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33775399

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Maria Bezerra dos Santos

Nascimento: 02/07/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35999702-983403585

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.: Odilene Oliveira dos Santos

CPF Resp.Fin.:087.677.337-43

**Nome:** Livia Maria Melo

Nascimento: 19/05/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27991200

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Livia Martins Cicchelli

Nascimento: 01/02/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31775159

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Miranda da Costa

Nascimento: 29/11/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970139015

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Peixoto Sodre

Nascimento: 29/10/1983

Sexo: Feminino

CPF: 308.895.998-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964197189

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Pires de Abreu

Nascimento: 13/11/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964596471

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Ramos de Souza

Nascimento: 06/04/1999

Sexo: Feminino

CPF: 156.576.907-45

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968004431

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Ramos e Sousa

Nascimento: 06/04/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968004431

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Livia Regina Nascimento de Andrade

Nascimento: 18/04/2009

Sexo: Feminino

CPF: 153.085.507-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996667497

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Ribeiro de Carvalho

Nascimento: 11/02/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965027945

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Rosario da Silva

Nascimento: 20/03/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30227026

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Beatriz Rosario

CPF Resp.Fin.:003.999.867-31

**Nome:** Livia Santos França

Nascimento: 16/11/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24182019-969680581

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Livia Vitoria Simoes Costa

Nascimento: 20/05/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33161656

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Luis Carlos

CPF Resp.Fin.:052.290.217-05

**Nome:** Livia Zorgdrager Cabral Maçal

Nascimento: 20/07/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976134851

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Livian Roberta de Melo Tomelin Martins

Nascimento: 23/12/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964822592

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Mofato

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lizandra Carla Barcellos

Nascimento: 03/06/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973456098

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lizandra Cristiny de Souza Ribeiro

Nascimento: 17/10/1997

Sexo: Feminino

CPF: 181.503.627-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964187302

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lizandra da Silva Teixeira

Nascimento: 21/08/1997

Sexo: Feminino

CPF: 170.947.497-16

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989344093

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lizandra Domenique Soares de Lemos

Nascimento: 09/09/1990

Sexo: Feminino

CPF: 117.353.247-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980957066

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lizia de Sant'ana Costa Rocha

Nascimento: 10/07/1977

Sexo: Feminino

CPF: 071.083.067-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991107158

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lizia Maria Ramos do Nascimento

Nascimento: 28/10/1997

Sexo: Feminino

CPF: 171.645.697-54

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987113041

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lizia Maria Ramos do Nascimento

Nascimento: 26/10/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987113041

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liziane Pereira de Lemos

Nascimento: 26/01/1981

Sexo: Feminino

CPF: 101.508.337-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34271385

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Liziane Soares Ferreira

Nascimento: 01/03/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967824190

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lo ruama Maria da Silva

Nascimento: 18/01/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993131940-

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lo Martins Gomes

Nascimento: 25/09/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975835406

E-Mail:

Alerta Médico: Com Desconto para o Sest Senat

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Loan Bento Alves

Nascimento: 23/09/1994

Sexo: Masculino

CPF: 159.751.357-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964143508

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Loan Bento Alves

Nascimento: 23/09/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964143508

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Loana Cristina da Silva Prazeres

Nascimento: 01/07/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976514243

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Loana Cristina da Silva Prazeres

Nascimento: 01/07/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975172713

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Loany Gonçalves Pessanha

Nascimento: 31/03/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966607136

E-Mail:

Alerta Médico: Pan na hora

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Loene Fernandes da Silva

Nascimento: 30/05/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968689327

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lohaine Siva da Conceição Ribeiro

Nascimento: 31/12/1997

Sexo: Feminino

CPF: 169.528.387-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23947647-982385876

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohainne Gonçalves Correa

Nascimento: 19/09/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965153620

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohan Cezar Silvino de Souza

Nascimento: 12/03/1993

Sexo: Masculino

CPF: 157.572.027-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973606436

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohan da Costa Prudencio

Nascimento: 28/10/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34262437-988368098

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohan da Silva Carvalho

Nascimento: 24/02/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973968993

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohan de Mello Fernandes Vitor

Nascimento: 04/09/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964724954

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lohan Lugon de Souza

Nascimento: 30/04/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990119284

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohan Martins Farias

Nascimento: 03/11/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991489048

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohan Matos da Silva

Nascimento: 13/07/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Rua Olga Benario

Número: 7

Complemento:

Bairro: São Geronimo - CG

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 34039007 / 997716680 / 986803946

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Helcio Alves da Silva

CPF Resp.Fin.:536.976.777-72

**Nome:** Lohan Richard Soares Idalino

Nascimento: 08/08/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986018502

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohana Cavalcanti de Medeiros

Nascimento: 06/07/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985713452

E-Mail:

Alerta Médico: Sem panorâmica

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohana da Costa Martins

Nascimento: 23/05/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lohana Moura dos Santos

Nascimento: 16/06/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohana Porfilio Rocha

Nascimento: 20/08/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33560437-986005813

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Paula Jose Porfilio

CPF Resp.Fin.: 111.577.377-14

**Nome:** Lohane Generoso Monteiro

Nascimento: 20/12/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965909337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohane Pecly dos Santos

Nascimento: 24/07/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972974611

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohanne Kathuce Lima da Rocha

Nascimento: 15/07/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987058318

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohanne Pascoa Soares

Nascimento: 25/09/1997

Sexo: Feminino

CPF: 171.279.757-36

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994830685

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lohany Alves dos Santos

Nascimento: 19/07/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33141401

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Lucidalva Alves de Aquino

CPF Resp.Fin.:033.695.517-05

**Nome:** Lohany da Silva Lobo

Nascimento: 16/05/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996839250

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lohran Gomes Cindra da Silva

Nascimento: 20/05/2005

Sexo: Masculino

CPF: 133.178.847-11

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983040864

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Loide de Souza Abillio

Nascimento: 20/04/1944

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33640447

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorana baptista de Sousa

Nascimento: 02/02/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36852934

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorany Mescolto Santos

Nascimento: 12/04/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998012748

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Loren de Souza da Silva		
Nascimento:	15/01/1983	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990334202	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Loren Macedo		
Nascimento:	26/09/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	23947150-964973738	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Isabel C. Pol	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Loren Pavuna da Nobrega		
Nascimento:	26/02/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964427397	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorena Alves da Silva		
Nascimento:	28/11/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986085797	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorena Alves Dias		
Nascimento:	17/02/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	971000808	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Com Periapical Completa.	E-Mail:	
Convênio:	Cencro	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorena Barbosa de Brito		
Nascimento:	10/05/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985264700	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Especialidente (Impres. e On )	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lorena Cardoso Silva		
Nascimento:	26/08/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	27998866-990361737	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorena Cardoso Silva		
Nascimento:	26/08/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	27993365	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Jessica Ponciano dos Santos	CPF Resp.Fin.:	113.849.737-10
<b>Nome:</b>	Lorena Clara Assis Passos		
Nascimento:	21/02/2008	Sexo:	Masculino
Logradouro:	Rua Olavo Gama Trav. G	CPF:	
Bairro:	Guaratiba	Número: 18	Complemento:
Telefones:	33846936	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Mônica Creistina Martins de Souza	CPF Resp.Fin.:	073.479.827-07
<b>Nome:</b>	Lorena Cristina Silva de França		
Nascimento:	18/10/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993474539	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorena da Conceição Lima Gonçalves		
Nascimento:	04/07/1986	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34035040-993507472	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorena da Silva		
Nascimento:	01/12/2006	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985036893	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Raphael Nascimento	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lorena da Silva Dias

Nascimento: 21/10/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988151581

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena de Carvalho Bareli

Nascimento: 11/12/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 932925957

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena de Moraes Ramos

Nascimento: 28/06/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31560001

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena de Oliveira Rangel

Nascimento: 22/03/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34062410-966417077

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Dias Ferreira do Rosario

Nascimento: 13/05/1999

Sexo: Feminino

CPF: 182.363.377-31

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9984227297

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Glaucia Dias Ferreira do Rosario

CPF Resp.Fin.:077.861.647-90

**Nome:** Lorena dos Reis Oliveira

Nascimento: 09/10/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987875810

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lorena dos Santos Dias		
Nascimento:	30/10/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975862927 / 27644031	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Marinalva Fidelis dos Santos	CPF Resp.Fin.:	917.959.827-72
<b>Nome:</b>	Lorena dos Santos Dias		
Nascimento:	30/10/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975862927	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorena Esteves Bezerra		
Nascimento:	18/08/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	171.731.067-29
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970165059	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorena Fonseca		
Nascimento:	18/03/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993538613	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Com Periapical Completa	E-Mail:	
Convênio:	Cencro	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorena Freitas de Araujo		
Nascimento:	18/07/2011	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964254623	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorena Gama Alves		
Nascimento:	15/09/1993	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24111908	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lorena Gomes Fontes dos Santos

Nascimento: 03/09/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970368828

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Lopes da Silva

Nascimento: 30/08/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: Rua Geranimo

Número: 32

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 964504875 / 34050695

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec 02

Carteira:

Resp. Fin.: Reinaldo de Sousa Pinto

CPF Resp.Fin.:003.346.677-71

**Nome:** Lorena Lopes Felizardo

Nascimento: 21/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988440428

E-Mail:

Alerta Médico: Responsável só quis fazer a panorâmica Ass: \_\_\_\_\_

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Glauci Rosa Vieira

CPF Resp.Fin.:029.988.487-29

**Nome:** Lorena Marcelle Oliveira dos Santos

Nascimento: 11/07/1993

Sexo: Feminino

CPF: 163.509.197-77

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31077063

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Ribeiro da Silva

Nascimento: 24/08/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Salles Brandão

Nascimento: 19/07/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998734892

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lorena Santana de Souza

Nascimento: 28/09/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995168624

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Tayla Coutinho

Nascimento: 05/05/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990832312

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Teixeira

Nascimento: 01/01/1988

Sexo: Feminino

CPF: 116.277.587-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969597370

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Teixeira

Nascimento: 01/01/1988

Sexo: Feminino

CPF: 116.277.587-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983507381

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Tostes Lima

Nascimento: 28/05/1996

Sexo: Feminino

CPF: 155.329.707-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33160680

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Velasco Pereira

Nascimento: 23/04/1988

Sexo: Feminino

CPF: 120.400.737-36

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33385188

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lorena Venancio de Andrade

Nascimento: 14/12/1991

Sexo: Feminino

CPF: 147.033.737-18

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996201116

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Victoria N. de Melo Ramos

Nascimento: 18/03/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992187231

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorenah Camilla Reto Vieira

Nascimento: 19/05/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24175123

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorena Alonso Silva

Nascimento: 12/07/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986803034

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorenzo Revitto Monteiro da Silva

Nascimento: 03/02/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964338773

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorenzo Soares Rosa

Nascimento: 14/03/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989505771

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Andreza Soares Pinto

CPF Resp.Fin.:056.653.827-01

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lorevaldo Espirito Santo Filho

Nascimento: 13/04/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986493462

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorey Henrique Santos de Oliveira

Nascimento: 06/09/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24129651-965428307

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Loriane Garcia Freire

Nascimento: 20/03/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972817077

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorina Priscila Gomes Moreira

Nascimento: 25/07/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3292-4566

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorival Pereira Passos

Nascimento: 13/10/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998969944

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorraine Alves Duarte de Azevedo

Nascimento: 05/08/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976061115

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lorraine Barbosa Martins

Nascimento: 04/04/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968002142

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorraine Candido Barcelos

Nascimento: 11/01/1995

Sexo: Feminino

CPF: 148.086.797-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987730733

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorraine da Silva Dias

Nascimento: 26/10/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966080721

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorraine Elliot da Silva

Nascimento: 04/07/1995

Sexo: Feminino

CPF: 159.279.987-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 024992558774/31563222

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorraine Esteves dos Santos

Nascimento: 12/03/1997

Sexo: Feminino

CPF: 179.024.567-21

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24631015 / 988336285

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorraine Gomes Pinto

Nascimento: 12/07/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97033-2302

E-Mail: wanderonofre@bol.com.br

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lorraine Pires Faria

Nascimento: 18/03/1994

Sexo: Feminino

CPF: 153.304.447-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970090107

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorraine Silva dos Santos

Nascimento: 04/09/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27996456

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorraine Souza Gomes de Almeida

Nascimento: 01/11/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990241906

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorraine Xavier Deveza

Nascimento: 09/02/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982914421

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrán Alberto Duraes Monteiro

Nascimento: 04/01/1993

Sexo: Masculino

CPF: 161.799.287-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97361-9002

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Flavia e Dra Marcela

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrán Andrey da Silva Correa

Nascimento: 17/08/1994

Sexo: Masculino

CPF: 151.570.827-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964749236-35664588

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lorrان Cid Romano

Nascimento: 22/08/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970358300

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrان da Silva Costa Lopes

Nascimento: 06/12/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98696-5645

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Ismeralina da Silva

CPF Resp.Fin.:093.260.037-95

**Nome:** Lorrان dos Santos Vaz

Nascimento: 15/08/1996

Sexo: Masculino

CPF: 170.259.787-36

Logradouro: Rua Lانسance

Número: 407

Complemento:

Bairro: Guaratiba

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 23948474 / 970353496

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrان Francisco Carvalho da Silva

Nascimento: 05/10/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23944699-980742500

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrان Santiago Verissimo

Nascimento: 28/09/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31563005

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.: Maria da Gloria de Paula Verissimo

CPF Resp.Fin.:000.402.937-26

**Nome:** Lorrان Santos da Silva

Nascimento: 10/01/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33949501

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lorrana Alburquerque		
Nascimento:	23/06/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988230791	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Cintia dos Anjos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorrana Ketlyn Mesquita Carvalho		
Nascimento:	15/09/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965814314	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorrana Nascimento de Freitas		
Nascimento:	20/01/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Trav Senira Campos	CPF:	
Bairro:	Santissimo	Número: 21	Complemento:
Telefones:	23019689 / 988145428	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Osmarina de Nascimento Freitas	CPF Resp.Fin.:	033.715.537-28
<b>Nome:</b>	Lorrancy Pires dos Santos		
Nascimento:	15/09/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	998561781	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorrane Andrade de Melo		
Nascimento:	26/04/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964027225	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorrane Cristina da Conceição		
Nascimento:	10/10/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31567051	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lorrane Heloisa de Oliveira

Nascimento: 13/01/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30744869

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrane Laufer Gomes

Nascimento: 13/01/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970466237

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrane Paula da Silva Arpino

Nascimento: 19/10/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33642010 / 988862042

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Erica Lucia da Silva Arpino

CPF Resp.Fin.: 113.669.967-80

**Nome:** Lorrane Rebeca Nunes de Souza

Nascimento: 04/09/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997683811

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrane Soares Souza de Cravalho

Nascimento: 21/06/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976976523

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorranea Karolayne Lima Gomes

Nascimento: 22/12/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986471564

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lorrani Rocha da Silva		
Nascimento:	06/11/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34043965-976409121	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto White	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorrany Gomes de Oliveira		
Nascimento:	24/10/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Rua Progresso Ana Gonzaga	CPF:	171.847.317-60
Bairro:	Inhoaiba	Número:	QD:30 Complemento: LT:21
Telefones:	24063148 / 984482416	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dr Bernard	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorrany Martins Nolasco		
Nascimento:	30/01/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	127.509.597-64
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993856378	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorrany Pereira Mariano		
Nascimento:	13/11/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	982948324-980879296	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Andressa de Andrade Guedes	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorrayna Freitas de OLiveira		
Nascimento:	29/05/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24 992536058	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lorrayne Alves da Silva		
Nascimento:	11/07/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	163.826.537-21
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	2764-4786	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lorrayne Aparecida da Conceição Lima

Nascimento: 04/08/2004 Sexo: Feminino

Logradouro: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: CEP: UF:

Telefones: 34275918 / 979847473 E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride Carteira:

Resp. Fin.: Severina Rejane da Conceição CPF Resp.Fin.:086.615.267-95

**Nome:** Lorrayne Carius da Silva

Nascimento: 04/01/1998 Sexo: Feminino

Logradouro: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: CEP: UF:

Telefones: 966967305 E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride Carteira:

Resp. Fin.: CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrayne De Oliveira Franca

Nascimento: 17/01/2000 Sexo: Feminino

Logradouro: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: CEP: UF:

Telefones: 986779425 E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride Carteira:

Resp. Fin.: CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrayne Vitoria Bertucio Costa

Nascimento: 01/03/2000 Sexo: Feminino

Logradouro: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: CEP: UF:

Telefones: 37870848 / 995743574 E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride Carteira:

Resp. Fin.: CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lorrayne Vitória Bertucio Costa

Nascimento: 01/03/2000 Sexo: Feminino

Logradouro: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: CEP: UF:

Telefones: 37870848 995743574 E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride Carteira:

Resp. Fin.: CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Loudes Fernandes Faria Pereira

Nascimento: 24/03/1964 Sexo: Feminino

Logradouro: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: CEP: UF:

Telefones: 32170496 E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular Carteira:

Resp. Fin.: CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Louise Lima Correia

Nascimento: 27/09/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964479829

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Louise Nunes da Silva

Nascimento: 16/03/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994832226

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: J L Dentistas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Louise Ramos Monteiro

Nascimento: 29/03/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32644876

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Louise Souza de Oliveira

Nascimento: 25/04/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Louise Souza de Oliveira

Nascimento: 25/04/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992615370

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Louize Rafaela Coreia de Souza

Nascimento: 08/04/1987

Sexo: Feminino

CPF: 126.835.057-52

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30666041/975426651

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lourdes Rocha Ataíde de Lima

Nascimento: 14/09/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lourena Rita da Silva

Nascimento: 18/04/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997109938

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lourenço Farias dos Santos Filho

Nascimento: 31/07/1949

Sexo: Masculino

CPF: 361.511.147-87

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988167076

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lourenço Meirelles Racca

Nascimento: 16/01/1981

Sexo: Masculino

CPF: 085.975.667-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973135912

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lourival de Sousa Moura Junior

Nascimento: 16/11/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985990594

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lourival Gomes de Souza

Nascimento: 23/07/1964

Sexo: Masculino

CPF: 834.813.707-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991851540

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Louyse Josefa Nascimento Muniz

Nascimento: 30/10/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991039505

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Louyse Pereira Mariano

Nascimento: 29/12/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982948324-980879296

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lua da Silva Guimaraes

Nascimento: 05/08/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35934773

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luã Freitas dos Santos

Nascimento: 19/02/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988304133

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Alves Barcelos de Azevedo

Nascimento: 16/11/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34227271

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Araujo da Silva

Nascimento: 27/11/1988

Sexo: Masculino

CPF: 123.118.437-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964886796

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luan Barros Batista

Nascimento: 06/07/1992

Sexo: Masculino

CPF: 141.056.037-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33849359 / 970152167

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Barros Viana

Nascimento: 08/03/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972944118

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Cabral Teixeira

Nascimento: 08/10/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981033898

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Cardoso de Almeida dos Santos

Nascimento: 16/02/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994601013

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Carlos Batista Xavier

Nascimento: 05/07/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976173683

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Cordeiro de Siqueira

Nascimento: 25/05/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972669127

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luan Costa do nascimento

Nascimento: 07/10/1999

Sexo: Masculino

CPF: 145.342.006-17

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 991198797

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan da Silva Bezerra

Nascimento: 24/03/1994

Sexo: Masculino

CPF: 160.699.487-50

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 969546414

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan da Silva Bonde

Nascimento: 28/10/1997

Sexo: Masculino

CPF: 176.768.047-36

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 979526007

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan da Silva Cunha

Nascimento: 28/09/1992

Sexo: Masculino

CPF: 145.343.547-62

Logradouro: Rua Justo de Moraes

Número: 21 Complemento:

Bairro: Sepetiba

Cidade: Rio de Janeiro

CEP: UF: RJ

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan da Silva da Costa

Nascimento: 13/01/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 34959646

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.: Vanessa da Silva da Costa

CPF Resp.Fin.: 103.613.827-58

**Nome:** Luan da Silva do Nascimento

Nascimento: 22/04/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 965756681

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luan de Magalhaes Raphael

Nascimento: 02/09/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24190414

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan de Souza Sampaio Rodrigues

Nascimento: 02/12/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970464138

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan dos Santos Souza

Nascimento: 11/01/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984007296

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan dos Santos Xavier

Nascimento: 14/12/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99024-7137

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Feliciano dos Santos

Nascimento: 22/05/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33170892

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Felipe de Paula Gomes

Nascimento: 13/08/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974135429

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luan Francisco Marinho

Nascimento: 18/02/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24100922

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Gomes de Oliveira

Nascimento: 11/10/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974019384

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Grativol Martins

Nascimento: 26/10/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24119701-964029395

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Jose da Silva Martins

CPF Resp.Fin.:011.538.507-02

**Nome:** Luan Joaquim Ferreira Borges

Nascimento: 15/06/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986147480

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Justino Paes

Nascimento: 27/11/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970003660

E-Mail:

Alerta Médico: Sem a panoramica

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Marcos Azevedo ferreira

Nascimento: 11/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975791894

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luan Marcos de Matos Dias

Nascimento: 21/01/1993

Sexo: Masculino

CPF: 141.065.817-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973656115 / 34016868

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Marques da Cruz

Nascimento: 29/07/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966562046

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Messias de Figueiredo

Nascimento: 13/02/1995

Sexo: Masculino

CPF: 141.345.817-37

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966788202

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Miguel de Souza Dias

Nascimento: 07/09/2014

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964412864

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Miguel S. Dias

Nascimento: 07/09/2014

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964412864

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Paulo Fernandes Ferreira

Nascimento: 04/04/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964440496

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Natalia Fernandes da Silva

CPF Resp.Fin.: 116.365.857-01

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luan Piedade Carneiro

Nascimento: 19/02/1998

Sexo: Masculino

CPF: 156.965.877-39

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991935501

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Rodrigues Nunes

Nascimento: 13/01/1999

Sexo: Masculino

CPF: 106.612.877-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964192313

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Rosa da Fonseca

Nascimento: 14/05/1990

Sexo: Masculino

CPF: 134.715.177-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33649972

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Salles Ferreira dos Santos

Nascimento: 16/09/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973855340

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Severino Costa

Nascimento: 23/08/1998

Sexo: Masculino

CPF: 186.797.037-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992745514

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Silva dos Santos

Nascimento: 15/01/1992

Sexo: Masculino

CPF: 140.907.457-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970038879-991439287

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luan Soares Ferreira

Nascimento: 18/10/1989

Sexo: Masculino

CPF: 150.257.897-29

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 35513801

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Soares Ferreira

Nascimento: 18/10/1989

Sexo: Masculino

CPF: 150.257.897-29

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 983351089

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luan Vilela dos Santos

Nascimento: 21/12/1991

Sexo: Masculino

CPF: 059.093.647-66

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 974152626

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Aline da Silva Soares

Nascimento: 05/12/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 995913713-990888359

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Aline da Silva Soares

Nascimento: 05/12/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 999880926

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Roberta da Silva

CPF Resp.Fin.:092.271.237-92

**Nome:** Luana Almeida C Viana

Nascimento: 27/09/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 988383754

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana Alves do Nascimento

Nascimento: 03/07/1995

Sexo: Feminino

CPF: 144.714.157-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982995345

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Carolina L. da Silva Monteiro

Nascimento: 29/09/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Carvalho dos Santos

Nascimento: 23/07/1980

Sexo: Feminino

CPF: 097.668.997-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992394771

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Cavalcanti Ramos Diogo

Nascimento: 11/07/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24103111-987758687

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Claudia Matias Neves

Nascimento: 14/01/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30745693-9974711606-991783418

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Coimbra Cunha

Nascimento: 14/05/1991

Sexo: Feminino

CPF: 188.811.597-16

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968992755

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana Conceicao dos Santos

Nascimento: 03/05/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968797655

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Cristina

Nascimento: 19/01/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987541987

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Cristina Rodrigues Chaves

Nascimento: 19/01/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987541987

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Cristina Vieira Alves Ramos

Nascimento: 26/06/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33642638 / 988226634

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana da Motta Silveira

Nascimento: 08/01/1985

Sexo: Feminino

CPF: 057.563.527-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987065503

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana da Rocha Marvila

Nascimento: 21/08/1991

Sexo: Feminino

CPF: 145.885.897-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979681045

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Manuel e Dra Ana Cristina 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana da Silva

Nascimento: 27/08/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987691140

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana da Silva Araujo

Nascimento: 31/01/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968125453

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Inorte

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana da Silva Hoyte de Paiva

Nascimento: 23/03/1992

Sexo: Feminino

CPF: 141.206.997-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981933787

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana da Silva Viana

Nascimento: 15/12/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986524445

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana de Almeida Goulart

Nascimento: 27/06/2001

Sexo: Feminino

CPF: 163.388.377-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35861903

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana de Almeida Santos

Nascimento: 30/01/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana de Moraes Alves

Nascimento: 04/07/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986435645

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana de Oliveira Silva

Nascimento: 30/09/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964864891

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Kelly Cristina

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana de Santana Costa da Silva

Nascimento: 19/04/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979646089

E-Mail:

Alerta Médico: COM URGENCIA

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana de Souza Silva

Nascimento: 29/05/1995

Sexo: Feminino

CPF: 156.779.497-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987463207

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana de souza silva

Nascimento: 29/05/1995

Sexo: Feminino

CPF: 156.779.497-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98746-3207

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** LUANA DOS SANTOS DE LEÃO

Nascimento: 16/06/1995

Sexo: Feminino

CPF: 155.885.897-00

Logradouro: RUA DALILA TEIXEIRA PINHEIRO

Número:

Complemento:

Bairro: ANGRA DOS REIS

Cidade:

CEP:

UF: RJ

Telefones: 21966437650/

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana dos Santos de Oliveira

Nascimento: 05/09/1999

Sexo: Feminino

CPF: 162.420.967-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973546115

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Lucilene dos Santos

CPF Resp.Fin.:316.331.371-04

**Nome:** Luana dos Santos Trugilho

Nascimento: 30/05/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980763875

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Viviane Ferreira

CPF Resp.Fin.:092.967.137-65

**Nome:** Luana Duarte Sousa

Nascimento: 02/10/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972823004

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Ellen Silvetre Mano

Nascimento: 15/02/1995

Sexo: Feminino

CPF: 166.539.567-25

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970283170

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Fatima da Silva Nascimento

Nascimento: 09/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995893724

E-Mail:

Alerta Médico: Vem buscar Clínica em seropedica

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Felipe dos Santos

Nascimento: 22/06/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968477946

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana Fernandes Rodrigues

Nascimento: 16/04/1997

Sexo: Feminino

CPF: 175.123.817-27

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33846560 / 964631257

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Ferreira da Silva

Nascimento: 03/08/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992226732

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Ferreira Gomes

Nascimento: 02/11/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991469800

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Gomes Rodrigues

Nascimento: 13/12/1994

Sexo: Feminino

CPF: 165.562.707-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993420073

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Gonçalves da Costa

Nascimento: 11/11/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982999321

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Gonçalves Sousa

Nascimento: 10/01/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983292482

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luana Gonçalves Souza		
Nascimento:	10/01/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Helena Souza dos Santos		
Nascimento:	12/04/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	125.416.427-84
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24188353 / 986201846	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Henriques		
Nascimento:	17/11/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	26868452-990814777	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clinica Azul	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Knupp		
Nascimento:	11/11/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991408850	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Cintia dos Anjos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Lanes		
Nascimento:	18/12/1981	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33540299	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Lima da Silva		
Nascimento:	29/07/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966566020 / 31552190	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana Lima Ferreira da Silva

Nascimento: 02/04/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991346832

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Lopes

Nascimento: 06/08/1993

Sexo: Feminino

CPF: 162.303.467-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992543394

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Lopes de Sousa

Nascimento: 26/09/1988

Sexo: Feminino

CPF: 134.723.327-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980571163 / 35516777

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Bernard

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Lopes de Sousa

Nascimento: 26/09/1988

Sexo: Feminino

CPF: 134.723.327-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35516777

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Lucia Ramos

Nascimento: 17/03/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973441121

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Marcelino de Oliveira

Nascimento: 28/04/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33775389-970400839

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana Maria Ferreira da Silva

Nascimento: 23/10/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974254233

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Mariano Matos

Nascimento: 09/05/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969025193

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Marques de Oliveira Andrade

Nascimento: 20/10/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976586663

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Martins Onorato

Nascimento: 07/05/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33132567

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Mazzeo Pinto

Nascimento: 20/11/1987

Sexo: Feminino

CPF: 120.895.237-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980463809

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Medeiros da Silva

Nascimento: 01/10/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969243155

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luana Medeiros de Lima				
Nascimento:	27/02/1992	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	979339203			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Monteiro de Lima				
Nascimento:	25/04/1989	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964669039			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Nogueira Santos				
Nascimento:	18/06/1984	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24170090			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Oliveira de Araujo				
Nascimento:	22/11/2001	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33145507-985073851			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Isabel C. Pol			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Pereira da Silva				
Nascimento:	28/08/1991	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	982033516			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Pereira da Silva				
Nascimento:	21/01/1998	Sexo:	Feminino	CPF:	173.799.987-06
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	975935750/24062583			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luana Pereira de Araujo		
Nascimento:	04/07/1984	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965639211	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Imprimir a pan	E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 4	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Pereira dos Santos		
Nascimento:	08/11/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	146.245.887-46
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24136532 / 973175446	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dentista 10	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Pereira dos Santos		
Nascimento:	13/03/1991	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	989991618	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Pereira Evangelista		
Nascimento:	10/02/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	97997-9622	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Pinto da Silva		
Nascimento:	13/02/1989	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964648708	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luana Priscila Junqueira de Matos		
Nascimento:	24/01/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	959047209	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana Regina dos Santos

Nascimento: 20/04/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970447375

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Ressonni Martins

Nascimento: 28/02/1992

Sexo: Feminino

CPF: 140.132.627-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991160032

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Ribeiro Aranha da Silva

Nascimento: 24/05/1979

Sexo: Feminino

CPF: 116.787.287-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975014112

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Ribeiro de Oliveira Santos

Nascimento: 11/07/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968526302

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Ribeiro Pessoa

Nascimento: 15/02/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975030859

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Rocha Brito

Nascimento: 02/09/2004

Sexo: Feminino

CPF: 158.425.437-88

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33540006-966755771

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana Rocha dos Santos

Nascimento: 09/02/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979182385

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Rodrigues Cardoso

Nascimento: 06/09/1995

Sexo: Feminino

CPF: 435.909.158-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989424153

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Rodrigues Freitas Farias

Nascimento: 11/01/1990

Sexo: Masculino

CPF: 129.911.447-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969946657

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Sabino da Silva

Nascimento: 11/10/1996

Sexo: Feminino

CPF: 612.410.283-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982654260

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Salles Dorneles

Nascimento: 06/05/1995

Sexo: Feminino

CPF: 160.361.637-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21965163399 21981227880

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Santos de Carvalho

Nascimento: 06/05/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33134718 / 964030992

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana Santos de Jesus

Nascimento: 31/01/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989852637

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Santos Miranda Germano

Nascimento: 08/07/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992601973

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Santos Nunes

Nascimento: 10/07/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27990330-984021810

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Silva Alves Ramos

Nascimento: 17/01/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974736227

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Silverio Calisto

Nascimento: 19/05/1996

Sexo: Feminino

CPF: 185.872.587-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33540971-988670913

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Souza de Oliveira

Nascimento: 18/12/1981

Sexo: Feminino

CPF: 052.888.637-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998509753

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luana Torres Cotrin Sales

Nascimento: 09/06/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34094095

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Viana da Silva Vale

Nascimento: 07/01/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964627850

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luana Vitoria Campos de Souza

Nascimento: 29/01/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982041964

E-Mail:

Alerta Médico: COM TRAÇADO E LAUDO

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luanda R.B.Ferreira

Nascimento: 24/04/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970292557

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Virginia Cabral Hatano

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luanda Silva Gomes

Nascimento: 07/03/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24032731

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luane de Jesus Barbosa

Nascimento: 26/01/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998262832

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luane Vargas de Souza

Nascimento: 25/08/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31560519-989404320

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luanna Arruda Martins

Nascimento: 29/03/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26824424 - 984844424

E-Mail: alexandre@esannf.com.br

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.: Alexandre Maia Martins

CPF Resp.Fin.:034.501.817-69

**Nome:** Luanna de Oliveira Queiroga da Silva

Nascimento: 10/02/2000

Sexo: Feminino

CPF: 152.682.717-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974452656

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luanna dos Santos Oliveira

Nascimento: 17/09/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990174952

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.: Fabiane Souza

CPF Resp.Fin.:106.794.277-75

**Nome:** Luanny Torres de Oliveira Brandao

Nascimento: 23/12/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979944215

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luany Dias Magalhaes

Nascimento: 16/05/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965599630

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luara Alves Freitas

Nascimento: 31/07/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9989666819

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luara Alves Freitas

Nascimento: 31/07/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33166819 / 998966619

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Ines Alves de Oliveira

CPF Resp.Fin.: 116.620.977-60

**Nome:** Luara Regine dos Santos Ferreira

Nascimento: 02/07/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991870092

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lubiana Silva Santos Chavas

Nascimento: 30/11/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972177749

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luca viralim de Sa

Nascimento: 03/03/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32924141

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Almeida de Sá

Nascimento: 06/04/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981768443

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Almeida de Sá

Nascimento: 06/04/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33778311

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Fernanda Silva de Sá

CPF Resp.Fin.: 101.354.097-21

**Nome:** Lucas Almeida Pinheiro da Silva

Nascimento: 04/08/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965906740

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Alves

Nascimento: 10/12/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24521531

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Alves Baptista

Nascimento: 10/12/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970295852

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Alves Baptista

Nascimento: 10/12/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981053216

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Alves da Silva

Nascimento: 14/09/1990

Sexo: Masculino

CPF: 016.571.664-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982300574

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucas Alves da Silva				
Nascimento:	14/09/1990	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	981891850			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Alves da Silva Costa				
Nascimento:	16/08/1999	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	993505211			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Amor Saude			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Alves de Aquino				
Nascimento:	15/03/1998	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	26635081 / 973617263			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Clínica RS			Carteira:	
Resp. Fin.:	Claudia Alves Santos			CPF Resp.Fin.:	042.764.257-43
<b>Nome:</b>	Lucas Alves Ferro da Silva				
Nascimento:	12/01/2003	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:				E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Alves Martins				
Nascimento:	15/08/1995	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33773027			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Alves Toledo				
Nascimento:	04/07/2000	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:				E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Alvino Araujo

Nascimento: 16/02/1996

Sexo: Masculino

CPF: 183.311.257-11

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964085136

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Ambrosio de Castro

Nascimento: 18/02/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989429798

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Antonio Rocha

Nascimento: 21/10/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969570663

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Antunes Bazilio Souza

Nascimento: 08/10/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96406-6503

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Maely Antunes Bazilio

CPF Resp.Fin.: 103.250.897-36

**Nome:** Lucas Aquino Marmello

Nascimento: 05/03/2004

Sexo: Masculino

CPF: 165.690.477-28

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974112101

E-Mail:

Alerta Médico: PACIENTE CIRURGICO

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Araujo Ximenes

Nascimento: 23/06/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992656547

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Baptista da Mata

Nascimento: 29/08/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988164880

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Barbosa dos Santos

Nascimento: 13/01/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995195610

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Barbosa Medeiros

Nascimento: 08/02/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34054221-964336228

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Barbosa Moreira

Nascimento: 27/01/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990239547

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimir a Pan

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Barbosa Santiago

Nascimento: 17/01/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999920692

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Barros dias

Nascimento: 14/05/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31553028-986188177

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Barros Serrano da Silva

Nascimento: 12/09/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985740669

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Bastos de Albuquerque dos Santos

Nascimento: 10/05/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30850341 / 970386088

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Bastos Hanzman

Nascimento: 30/03/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970297424

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Batista

Nascimento: 13/04/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987512466-

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Beltrão Alves

Nascimento: 28/03/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982383619

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Bernardo da Silva

Nascimento: 10/05/1992

Sexo: Masculino

CPF: 146.226.267-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995726247

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Bertoldo dos Santos de Oliveira

Nascimento: 14/01/1997

Sexo: Masculino

CPF: 150.442.167-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999422786

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Bezerra Rodrigues

Nascimento: 23/12/1996

Sexo: Masculino

CPF: 175.639.207-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975838899

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Boaventura Bernardo

Nascimento: 16/10/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996667464

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Adriana Boaventura Bernardo

CPF Resp.Fin.:062.135.517-86

**Nome:** Lucas Borges Braz Pereira

Nascimento: 07/12/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34043625-974423861

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Braga da Silva

Nascimento: 18/04/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968259504

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Braga de Lima

Nascimento: 25/09/1996

Sexo: Masculino

CPF: 162.289.737-46

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3592-0201

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Braga Quina da Costa

Nascimento: 07/03/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964739128

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Braz Rangel

Nascimento: 03/02/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986932174

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Brendo Rodrigues Pacheco

Nascimento: 20/04/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Breno Lima dos Santos

Nascimento: 16/06/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994457103

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimir a pan

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Breno Lopes de Oliveira

Nascimento: 25/01/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966690094

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Caleb Silva de Souza

Nascimento: 20/07/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992161026

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Cardoso da Conceição

Nascimento: 16/09/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965640769

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Carlos Barbosa

Nascimento: 09/11/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994558362

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Carlos G. Freire Bandeira

Nascimento: 09/08/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986178870

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Carvalho de Souza

Nascimento: 05/11/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24095604 /964684315

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Silvana de Almeida Carvalho

CPF Resp.Fin.: 119.511.067-76

**Nome:** Lucas Carvalho dos Santos

Nascimento: 10/03/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992373392

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Carvalho Rodrigues

Nascimento: 18/06/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24056505-983105404

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Castro

Nascimento: 11/11/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980774295

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Castro Machado

Nascimento: 18/06/1995

Sexo: Masculino

CPF: 164.801.707-09

Logradouro: Travessa Tito Rabelo

Número: L: 03

Complemento:

Bairro: Vila Jardim

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 966192208 / 96798231

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Catinck Trindade

Nascimento: 18/05/1999

Sexo: Masculino

CPF: 173.487.197-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988523776-975037030

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Cesar Braga Frutuoso

Nascimento: 26/03/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37871373

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Cesar Braga Frutuoso

Nascimento: 26/03/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37871373

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Chagas Rodrigues da Silva

Nascimento: 22/05/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24110523-989225907

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Ciraldo Alves

Nascimento: 23/06/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985509985

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Claro Silva Barros

Nascimento: 19/02/2015

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992856460

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Coimbra Cabral da Silva

Nascimento: 10/03/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96875-3210

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.: Marta Carvalho Coimbra

CPF Resp.Fin.:935.651.947-15

**Nome:** Lucas Coimbra Cabral dos Santos

Nascimento: 10/03/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994168003

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Costa do Nascimento

Nascimento: 07/10/1999

Sexo: Masculino

CPF: 145.341.926-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988555320

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Costa Ferreira

Nascimento: 12/05/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24134028-997943096

E-Mail: simonecostaf@hotmail.com

Alerta Médico: As fotos são online, os demais exames são impressos. Resp: VEM BUSCAR

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Simone Costa

CPF Resp.Fin.:872.501.107-30

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Coutinho Lat Avanho

Nascimento: 29/11/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992420209

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Coutinho Onorio

Nascimento: 24/01/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33658144-985593766

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Conceição da Silva

Nascimento: 13/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986018004

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Joarilda Barbosa da Conceição

CPF Resp.Fin.:810.231.035-91

**Nome:** Lucas da Conceição da Silva

Nascimento: 13/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986018004

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Costa Teixeira

Nascimento: 01/07/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972290149

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva

Nascimento: 11/12/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979082649

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas da Silva Boaventura

Nascimento: 21/02/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964509753

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva Campos

Nascimento: 09/07/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: Sem telefone

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva Cunha

Nascimento: 02/10/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32920315 969974701

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva e Silva

Nascimento: 21/07/1995

Sexo: Masculino

CPF: 170.923.147-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34265799 - 971951033

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva Gomes

Nascimento: 16/01/1995

Sexo: Masculino

CPF: 151.433.147-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966696181

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva Guimaraes

Nascimento: 25/12/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969352196

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas da Silva Marques

Nascimento: 07/04/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964454320

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva Martins

Nascimento: 26/05/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31088293-982116829

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** lucas da silva martins

Nascimento: 20/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: rua irmael neres

Número: 95

Complemento:

Bairro: vasconcelos

Cidade: rio de janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 33642694/77447365

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: mauro martins

CPF Resp.Fin.:011.535.827-75

**Nome:** Lucas da Silva Moura Moraes

Nascimento: 02/05/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33955648

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva Peixoto

Nascimento: 08/07/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984138452

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva Peixoto

Nascimento: 08/07/1991

Sexo: Masculino

CPF: 132.699.347-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984138452

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas da Silva Peixoto

Nascimento: 08/07/1991

Sexo: Masculino

CPF: 132.699.347-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984138452

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva Rodrigues

Nascimento: 30/10/1995

Sexo: Masculino

CPF: 149.145.987-52

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971834211

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva Theodoro

Nascimento: 30/08/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974233628-31565599

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas da Silva Vieira

Nascimento: 23/10/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24107815

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Daniel Ribeiro Aquino

Nascimento: 29/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968579457

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Vinicio Aquino

CPF Resp.Fin.:083.565.717-58

**Nome:** Lucas Daniel Ribeiro Aquino

Nascimento: 29/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973620705-974354001

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas de Aguiar

Nascimento: 20/05/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33649565- 974428004

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas de Carvalho Paim

Nascimento: 21/09/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968111401

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas de Faria de A. Pereira

Nascimento: 20/06/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976034167

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas de fREITAS mARIANO

Nascimento: 29/11/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992403925

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas de Jesus Martins

Nascimento: 22/06/1999

Sexo: Masculino

CPF: 175.002.957-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972393984

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas de Jesus Souza

Nascimento: 21/07/1997

Sexo: Masculino

CPF: 700.852.306-85

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucas de Lima Fiorencio						
Nascimento:	08/07/2003	Sexo:	Masculino	CPF:			
Logradouro:				Número:	Complemento:		
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:		
Telefones:	31091500 / 979352074			E-Mail:			
Alerta Médico:							
Convênio:	Odonto Show			Carteira:			
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:			
<b>Nome:</b>	Lucas de Melo Alves						
Nascimento:	15/02/1995	Sexo:	Masculino	CPF:	150.797.157-58		
Logradouro:	Rua Vitoria			Número:	20	Complemento:	
Bairro:	Paciencia	Cidade:	Rio de Janeiro	CEP:		UF:	RJ
Telefones:	33563322 / 975792619			E-Mail:			
Alerta Médico:							
Convênio:	Clínica RS			Carteira:			
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:			
<b>Nome:</b>	Lucas de Moura Pereira						
Nascimento:	14/10/2001	Sexo:	Masculino	CPF:			
Logradouro:				Número:		Complemento:	
Bairro:		Cidade:		CEP:		UF:	
Telefones:	968609517			E-Mail:			
Alerta Médico:							
Convênio:	Orthopride			Carteira:			
Resp. Fin.:	Rosilene Feliciano de Moura			CPF Resp.Fin.:	028.095.894-37		
<b>Nome:</b>	Lucas de Oliveira Amador						
Nascimento:	01/10/2001	Sexo:	Masculino	CPF:			
Logradouro:				Número:		Complemento:	
Bairro:		Cidade:		CEP:		UF:	
Telefones:	984401407			E-Mail:			
Alerta Médico:							
Convênio:	Particular			Carteira:			
Resp. Fin.:	Jussara de Oliveira			CPF Resp.Fin.:	088.676.147-62		
<b>Nome:</b>	Lucas de Oliveira Hermenegildo						
Nascimento:	08/09/2005	Sexo:	Masculino	CPF:			
Logradouro:				Número:		Complemento:	
Bairro:		Cidade:		CEP:		UF:	
Telefones:	985133740			E-Mail:			
Alerta Médico:							
Convênio:	Particular			Carteira:			
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:			
<b>Nome:</b>	Lucas de Oliveira Nascimento						
Nascimento:	20/02/2005	Sexo:	Masculino	CPF:			
Logradouro:				Número:		Complemento:	
Bairro:		Cidade:		CEP:		UF:	
Telefones:	974380915			E-Mail:			
Alerta Médico:							
Convênio:	Orthopride			Carteira:			
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:			



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucas de Paula da Silva de Almeida		
Nascimento:	28/02/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33143777-976667460	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas de Paula Dias Silva		
Nascimento:	01/03/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	970045347	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas de Siqueira Tahan Chanca		
Nascimento:	10/04/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	997177985	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas de Sousa Barros		
Nascimento:	01/04/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	31583499	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular 03	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas de Sousa Rufino		
Nascimento:	06/05/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	999217767	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas de Souza Adao		
Nascimento:	05/08/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	028- 999969072	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Carioca	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas de Souza Carvalho

Nascimento: 02/07/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992122581

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas de Souza Carvalho Santos

Nascimento: 24/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 7806-2689

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Marcia de Souza da Silva

CPF Resp.Fin.:083.502.327-30

**Nome:** Lucas de Souza Nascimento

Nascimento: 09/05/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994298767

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas de Souza Oliveira

Nascimento: 17/09/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 66626148-30225390

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas de Souza Rocha

Nascimento: 02/12/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996451248

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas de Souza Santos

Nascimento: 02/08/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996266063

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Demesio Azeredo Favaro

Nascimento: 23/08/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990088517

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Demesio Azevedo Favaro

Nascimento: 23/08/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990088517

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Diniz Ribeiro

Nascimento: 20/10/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979531110

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas do Nascimento Costa

Nascimento: 09/05/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976848259

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas do Nascimento Silva

Nascimento: 16/07/2001

Sexo: Masculino

CPF: 190.405.167-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965251859

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Doria Ribeiro Daniel

Nascimento: 22/06/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34075667

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucas dos Sanots Gomes		
Nascimento:	04/06/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34845112-981597483	E-Mail:	
Alerta Médico:	Paciente já fez a pan ontem e quer impressa.		
Convênio:	Dentista 10	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos Araujo		
Nascimento:	21/03/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	975182752	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos Batista Alves		
Nascimento:	28/08/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	997394077	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos Brito		
Nascimento:	16/01/2008	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	992420101	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	Karla Michele dos Santos Moraes	CPF Resp.Fin.:	077.741.937-82
<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos Casseres		
Nascimento:	07/09/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	979174604	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos de Souza		
Nascimento:	31/05/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	985313670 / 31554590	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Dra Flavia e Dra Marcela	Carteira:	
Resp. Fin.:	Amanda de Santos Rocha	CPF Resp.Fin.:	110.895.467-77

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos de Souza de Carvalho		
Nascimento:	05/10/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994155512	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas dos santos Gomes		
Nascimento:	04/06/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981597483	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos Gomes		
Nascimento:	04/06/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34845112	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos Marçal		
Nascimento:	02/03/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987209528	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos Pereira		
Nascimento:	22/07/1995	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969286236	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Paciente está com suporte no dente, pode ser que não consiga realizar	E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos Pereira		
Nascimento:	19/05/1995	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970421005	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucas dos Santos Silva			
Nascimento:	08/08/1999	Sexo:	Masculino	CPF: 170.534.427-56
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	34030059			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Orthopride			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Lucas Douglas de Lima			
Nascimento:	12/05/1996	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	968889352			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Orthopride			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Lucas Duarte Cunha Ribeiro			
Nascimento:	22/08/2003	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	33844464-981198345			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Campo Grande 2			Carteira:
Resp. Fin.:	Michele			CPF Resp.Fin.:074.639.767-42
<b>Nome:</b>	Lucas Eduardo S. da Mota			
Nascimento:	31/01/2002	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	989474465			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Lucas Emmanoel de Araujo			
Nascimento:	09/03/1996	Sexo:	Masculino	CPF: 169.462.137-50
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	979183535			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Clínica RS			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Lucas Enzo Titumelo			
Nascimento:	21/09/2000	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	973906343			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Orthopride			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Favoretti de Souza

Nascimento: 29/06/1994

Sexo: Masculino

CPF: 159.250.397-77

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964940590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Feijo

Nascimento: 04/06/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Número:

Complemento:

Logradouro:

CEP:

UF:

Bairro:

Cidade:

E-Mail:

Telefones: 990992086

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Felipe Guaper

Nascimento: 08/04/1994

Sexo: Masculino

CPF: 167.063.757-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979561326

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Felix Valdeviro Silva

Nascimento: 12/11/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Número:

Complemento:

Logradouro:

CEP:

UF:

Bairro:

Cidade:

E-Mail:

Telefones: 994556863

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas fernandes Aragao

Nascimento: 04/09/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Número:

Complemento:

Logradouro:

CEP:

UF:

Bairro:

Cidade:

E-Mail:

Telefones: 967666380

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Fernandes Cruz de Oliveira

Nascimento: 11/06/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Número:

Complemento:

Logradouro:

CEP:

UF:

Bairro:

Cidade:

E-Mail:

Telefones: 34170061 / 976468254

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Fernandes de Mesquita Roberto

Nascimento: 11/01/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974317777

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Fernandes Lirio do Sousa

Nascimento: 14/08/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973738886/ 32927305

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.: Elza Fernandes de Sousa

CPF Resp.Fin.:097.717.587-13

**Nome:** Lucas Fernandes Santos Ribeiro

Nascimento: 16/09/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993102561

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Fernandes Souza

Nascimento: 18/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965704267

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Fernandes Souza

Nascimento: 18/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Estrada do Mendanha

Número: 6344

Complemento: L 13

Bairro: Mendanha

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 34049708 / 980212301

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 03

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Ivaneire Fernandes Rodrigues Souza

CPF Resp.Fin.:913.001.697-53

**Nome:** Lucas Fernandes Torres Peçanha

Nascimento: 16/07/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991710042

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Fernandes Vicente

Nascimento: 11/01/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999530852

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Fernandi Artur de Souza

Nascimento: 26/12/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985108342

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Fernando Buriti de Oliveira

Nascimento: 04/03/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964658422

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Fernando Burity de Oliveira

Nascimento: 04/03/2010

Sexo: Masculino

CPF: 106.099.737-11

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964658422

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Fernando Oliveira Lima

Nascimento: 05/07/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31589115

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Ferreira de Oliveira

Nascimento: 18/09/1993

Sexo: Masculino

CPF: 161.393.857-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34692565-995033347

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Ferreira Oliveira

Nascimento: 15/07/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31553936-996009974

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Ferreira Pimenta Suzula

Nascimento: 22/09/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24120436

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Filuszteck dos Santos

Nascimento: 02/01/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970356211

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Freiras Lopes

Nascimento: 15/12/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34047415-964280971

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.: Valeria Cristina

CPF Resp.Fin.:042.739.137-71

**Nome:** Lucas Freitas

Nascimento: 26/02/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969929201

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Gabriel Badaró Galvão

Nascimento: 23/01/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39328962 / 992618291

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Juliana Cesar Nascimento Santos

CPF Resp.Fin.:100.479.117-86

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Gabriel Cabral

Nascimento: 29/07/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Gama de Almeida Bastos

Nascimento: 09/05/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979143558

E-Mail:

Alerta Médico: PAN NA HORA

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Geovane Tome da Silva

Nascimento: 17/07/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991228920

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Geraldo de Souza

Nascimento: 24/03/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968602212

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Gomes de Oliveira

Nascimento: 24/10/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Estrada do cabuçu

Número: 1275

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975850700

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Maria da Penha Gomes

CPF Resp.Fin.:039.128.327-81

**Nome:** Lucas Gomes T. B. da Graça

Nascimento: 08/10/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976704013

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Gonçalves Pinto

Nascimento: 11/11/1994

Sexo: Masculino

CPF: 130.313.377-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24188499

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Guilherme do Nascimento

Nascimento: 17/03/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998591477

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Guimaraes de Oliveira

Nascimento: 10/04/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993801503

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Gustavo Assunção de Aguiar

Nascimento: 22/05/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984646114

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Hacar da Silva

Nascimento: 03/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964767041

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Roberta Souza Hacar

CPF Resp.Fin.:090.191.027-96

**Nome:** Lucas Halysson Martins de Almeida

Nascimento: 25/11/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966871586

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Henrique Acassio Martins.

Nascimento: 18/11/1998

Sexo: Masculino

CPF: 171.308.147-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35962634-990488864

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Henrique de Barros

Nascimento: 19/01/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37278889

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Henrique de Oliveira Brito

Nascimento: 11/09/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986742940-23945700

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Henrique dos Santos

Nascimento: 04/11/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37443609

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Henrique Duarte Silva

Nascimento: 24/07/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964319533

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Henrique Figueira Costa

Nascimento: 02/11/1999

Sexo: Masculino

CPF: 144.383.937-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999582161 / 31561343

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Izidorio da Silva Santos

Nascimento: 19/10/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996496340

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Jeans Marques Pereira

Nascimento: 02/09/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968106985

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Riso Rio

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Jose de Olivera Silva

Nascimento: 03/05/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986027414

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Juan Varros Gonsalves da Rocha

Nascimento: 26/04/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31562387-988209918

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Laurendino da Silva

Nascimento: 20/02/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980083665

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Leitão Ferreira

Nascimento: 17/10/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980058401

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucas Lenin Cruz Rimes		
Nascimento:	01/02/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985455851	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Leonan Silva de S. Fidelis		
Nascimento:	19/08/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Leonardo Sales Camilo		
Nascimento:	02/06/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:	Rua Jornalista José Martins	CPF:	175.369.677-13
Bairro:	Guaratiba	Número:	101 Complemento:
Telefones:	33169492 / 970049649	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Stanley T.B. de Araujo	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Lima de Santana		
Nascimento:	26/05/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	069.500.055-12
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990355657	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Shining	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Lima dos Santos		
Nascimento:	08/03/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	972302602	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Marilene Lima de Jesus	CPF Resp.Fin.:	107.924.547-23
<b>Nome:</b>	Lucas Lima Duarte		
Nascimento:	20/02/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965968318	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Ortho Ômega	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Limongi Velloso

Nascimento: 30/10/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33149240

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Limongi Velloso

Nascimento: 30/10/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 77414686

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Linhares de Amorim

Nascimento: 15/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972535968

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Lopes da Silva Santos

Nascimento: 09/04/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999430042

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Luiz da Silva Gonçalves

Nascimento: 19/01/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980006444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Lyra Vieira

Nascimento: 11/03/2013

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982928109

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Machado de Oliveira

Nascimento: 09/01/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981275390

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.: Lilian de Carvalho

CPF Resp.Fin.: 108.027.887-77

**Nome:** Lucas Machado Gonçalves

Nascimento: 06/06/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980719861

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Maciel de Mello dos Santos

Nascimento: 18/04/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982084648

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Marinho Correia da Silva

Nascimento: 22/12/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34064735

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Marques de Macedo

Nascimento: 07/12/1994

Sexo: Masculino

CPF: 165.668.647-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966588336

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Facilidente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Martins de Freitas

Nascimento: 04/12/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99137-0466

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Martins de Lima

Nascimento: 31/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34023884

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Martins de Lima

Nascimento: 31/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34023884

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Martins de Oliveira

Nascimento: 11/05/1998

Sexo: Masculino

CPF: 168.364.537-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994331074

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Mascarenha Ferreira

Nascimento: 02/06/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21470769

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Massoleni de Souza Rosa

Nascimento: 31/05/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980668182

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Matheus Barbosa da Silva

Nascimento: 27/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30638450

E-Mail:

Alerta Médico: - Panorâmica imprimir na hora.

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Matheus de Abreu de Sa

Nascimento: 23/04/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979137503

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Matheus de Figueiredo

Nascimento: 08/01/1993

Sexo: Masculino

CPF: 153.997.067-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964274799

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Matheus dos Santos

Nascimento: 23/10/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993203254

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Tânia da Silva dos Santos

CPF Resp.Fin.:787.596.687-68

**Nome:** Lucas Matheus Miguel Anez

Nascimento: 24/02/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985746601

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Matheus Moura dos Santos

Nascimento: 21/03/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31562490-964374554

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Matias da Silva

Nascimento: 23/10/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998311788

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Mendes Freire Mandarin

Nascimento: 27/05/1998

Sexo: Masculino

CPF: 171.094.647-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975362307

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Mendonça de Oliveira

Nascimento: 17/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968083236

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Menezes da Silva

Nascimento: 09/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984964618

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Miranda de Souza

Nascimento: 24/10/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975927448

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Moraes V. da Cunha

Nascimento: 02/05/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980656904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Moreira Ramos Barsi

Nascimento: 01/07/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30235397

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucas Motta Gomes			
Nascimento:	25/05/1993	Sexo:	Masculino	CPF: 150.256.197-26
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	994939756			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Lucas Nascimento Barbosa			
Nascimento:	14/07/1996	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	985613501			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Instituto do Dente			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Lucas Nascimento Costa			
Nascimento:	09/05/2003	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:	Avenida Cesario de Mello			Número: 9200 BL:14 Complemento: APT:404
Bairro:	Cosmos	Cidade:	Rio de Janeiro	CEP: UF: RJ
Telefones:	976848259			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:	Patricia do Nascimento			CPF Resp.Fin.: 128.868.527-08
<b>Nome:</b>	Lucas Nascimento Maffei			
Nascimento:	27/03/1993	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	964261491			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Instituto do Dente			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Lucas Nunes Baiense			
Nascimento:	18/04/2000	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	24122643-973887078			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:	Veronica Barbosa Nunes			CPF Resp.Fin.: 013.317.077-22
<b>Nome:</b>	Lucas Nunes Costa			
Nascimento:	24/10/2003	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	984562730 / 31554091			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Orthopride			Carteira:
Resp. Fin.:	Alessandro de Oliveira Costa			CPF Resp.Fin.: 092.575.367-00

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Nunes e Silva

Nascimento: 22/11/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24173648-986825727-970413558

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Oliveira Alves

Nascimento: 13/08/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986013244

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Oliveira Figueiredo

Nascimento: 04/05/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979209061

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Oliveira Vales Mendonça

Nascimento: 09/05/1996

Sexo: Masculino

CPF: 136.295.457-85

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985910882

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Paredes da Silva

Nascimento: 29/12/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34030649 - 969232704

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Patrick Nunes Campos

Nascimento: 30/11/1996

Sexo: Masculino

CPF: 159.919.757-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965638191 / 27992123

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucas Pereira de Lima		
Nascimento:	18/04/2007	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964944504	CEP:	UF:
Alerta Médico:	PANORAMICA NA HORA	E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Pereira do Nascimento		
Nascimento:	20/09/1994	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	158.936.527-54
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987697552	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Pereira Mazzinho		
Nascimento:	17/02/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990413033	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Gloria Regina	CPF Resp.Fin.:	053.266.517-18
<b>Nome:</b>	Lucas Peterson Costa Freire		
Nascimento:	28/02/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990984092	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Pinheiro Silva		
Nascimento:	05/10/1993	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34077942	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clinica Azul	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Pita Novaes		
Nascimento:	11/05/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990666981-968349655	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Alexandre da Silva Novaes	CPF Resp.Fin.:	028.544.587-10

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Piza Fonseca

Nascimento: 19/07/1996

Sexo: Masculino

CPF: 118.012.347-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34032278

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Platiny de Souza Martins

Nascimento: 09/02/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969135950

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Rafel Fonseca da Silva

Nascimento: 15/06/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974865720

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Valdea Fonseca

CPF Resp.Fin.:804.387.847-15

**Nome:** Lucas Ramos Costa Gonçalves

Nascimento: 18/07/1994

Sexo: Masculino

CPF: 121.887.347-77

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987789055 / 987634710

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Renan da Silva Ferreira

Nascimento: 08/03/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979947392

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas René França

Nascimento: 02/08/2000

Sexo: Masculino

CPF: 172.085.347-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32586312/ 974870646

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Ribeiro da Silva

Nascimento: 09/11/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24111669-984621571

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Ribeiro do Imperio

Nascimento: 30/01/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98853-4541

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Ribeiro do Imperio

Nascimento: 30/01/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33166022

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Ribeiro Ferreira dos Santos

Nascimento: 06/02/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980793724

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Roberto da Silva Pinheiro

Nascimento: 05/07/1994

Sexo: Masculino

CPF: 153.793.917-37

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994398487

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Roberto Sobral Corado

Nascimento: 05/05/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32690637

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Rocha Rodrigues da Silva

Nascimento: 14/02/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964609706

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Rodrigues de Araujo Silva

Nascimento: 22/03/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994644332

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimir a pan

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Rodrigues Monteiro

Nascimento: 18/12/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990404655

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Rodrigues Silva

Nascimento: 24/02/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23944735

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Ruab Barros G, da Rocha

Nascimento: 26/04/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31562387

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Saldanha dos Santos Barbosa

Nascimento: 07/08/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34039307

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Samuel da Silva Cordeiro

Nascimento: 27/02/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964133665

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Santana Alves da Silva

Nascimento: 23/04/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3333-9941 - 985751755

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Santana Ferrazani

Nascimento: 30/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970651195

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Santanna Portugues Soares

Nascimento: 27/04/1998

Sexo: Masculino

CPF: 061.913.747-98

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985711385

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Santiago

Nascimento: 12/08/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992166729

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Santos Correa Regis

Nascimento: 03/01/1995

Sexo: Masculino

CPF: 160.219.787-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27996790-987210576

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Santos da Hora

Nascimento: 13/11/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987348588

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Santos da Silva

Nascimento: 04/12/1995

Sexo: Masculino

CPF: 062.897.217-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980903920

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Santos da Silva Luis

Nascimento: 29/08/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975292660

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Sardinha dos Santos

Nascimento: 29/05/1999

Sexo: Masculino

CPF: 179.470.887-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986847268-34054117

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Seixas Ribeiro

Nascimento: 06/09/2016

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Severo

Nascimento: 07/07/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964088525

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Silva da Rocha Ribeiro

Nascimento: 08/11/2001

Sexo: Masculino

CPF: 188.737.147-81

Logradouro: Rua Carpina LT16 QD108

Número:

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 985647782

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Facilitente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Silva de Azevedo

Nascimento: 16/02/1996

Sexo: Masculino

CPF: 174.247.517-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24157661

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Facilitente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Silva de Souza

Nascimento: 17/08/2000

Sexo: Masculino

CPF: 162.184.177-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993076023

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Silva dos Santos

Nascimento: 05/05/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976138076

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Silva Gonçalves de Oliveira

Nascimento: 12/10/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990009265

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Silva Marques

Nascimento: 21/08/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964893998

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucas Silva Rios				
Nascimento:	11/12/2007	Sexo:	Masculino	CPF:	198.628.527-80
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	965544663			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Silva Santos				
Nascimento:	25/11/1996	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	035 999442422			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Silveira da Fonseca				
Nascimento:	14/11/1993	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	31566488			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Simeao Tavares Barbosa				
Nascimento:	24/11/2001	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	31560046/987519039			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:	Paulo Renato Alves Barbosa			CPF Resp.Fin.:	856.859.417-49
<b>Nome:</b>	Lucas Siqueira Mariano				
Nascimento:	08/06/1995	Sexo:	Masculino	CPF:	173.060.487-08
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	992969102 / 991552294			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucas Sismil de Lima				
Nascimento:	27/05/1994	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	982889892			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Soares dos Santos

Nascimento: 21/05/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998108240

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Soares França

Nascimento: 12/01/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983566751

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Sobral do Carmo

Nascimento: 22/08/1995

Sexo: Masculino

CPF: 859.411.295-56

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34060090-973905825

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Sousa Silva

Nascimento: 12/02/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976042653

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Souza Batista

Nascimento: 10/09/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23948752

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Souza da Silva

Nascimento: 05/11/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32447094-992738741

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Souza de Resende

Nascimento: 20/04/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964759379

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Souza Vasconcelos Torres

Nascimento: 20/04/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24064501 - 972279173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Souza Vasconcelos Torres

Nascimento: 20/04/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24014501-972279173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Teixeira de Araujo

Nascimento: 12/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976477951

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Teles Fernandes

Nascimento: 22/08/1995

Sexo: Masculino

CPF: 145.513.787-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992989061

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Telles de Mendonca Moraes

Nascimento: 22/11/1995

Sexo: Masculino

CPF: 151.737.167-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976779227

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Tezolin Caldas

Nascimento: 27/09/1999

Sexo: Masculino

CPF: 187.073.567-65

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 982780909

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Trajano Verdadeiro

Nascimento: 05/07/1996

Sexo: Feminino

CPF: 157.299.757-59

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 24032464-994010259

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Trevas de Freitas

Nascimento: 26/02/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 969929201

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Valente Felix

Nascimento: 29/03/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 988377936

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Tatiana de Almeida Valente

CPF Resp.Fin.: 103.695.267-32

**Nome:** Lucas Valentim Costa

Nascimento: 25/11/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 982535998

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Vargas Gomes

Nascimento: 21/12/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 34274412-964085162

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucas Vieira Borges

Nascimento: 19/01/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 38197373-981272516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Vieira dos Santos

Nascimento: 15/06/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970661048

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Vieira Magalhaes

Nascimento: 07/04/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37872538

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas Vinicius Souza dos Santos

Nascimento: 23/05/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989454536

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucas William Pereira Rodrigues

Nascimento: 14/04/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975676787

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucelena Almeida de Souza

Nascimento: 07/12/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984357507

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucelia Almeida

Nascimento: 18/04/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969744319

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucelia Rodrigues Silva Peixoto

Nascimento: 25/09/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996598347

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luci Bennatti Braga

Nascimento: 28/01/1956

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965961578

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luci Carla Leonardo Resende

Nascimento: 13/04/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luci Florencio Fernandes

Nascimento: 01/05/1948

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970403763

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Angelica da Silva

Nascimento: 14/12/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982776722

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucia Bastos de Oliveira		
Nascimento:	13/09/1983	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucia Carla da Silva Barbosa		
Nascimento:	30/03/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984259566	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucia Carla Pereira Andrade		
Nascimento:	10/11/1982	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988786844	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Center	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucia Cristina Gonçalves Morais Mota		
Nascimento:	20/09/1979	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	086.271.177-05
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34043210	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucia Cristina Martins		
Nascimento:	09/06/1972	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970176405	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Impresso na hora	E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucia D.F Vaccani		
Nascimento:	25/09/1955	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31084509	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucia da Silva				
Nascimento:	09/02/1982	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	984833371			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucia da Silva Guimarães				
Nascimento:	14/09/1969	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	985691022			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Juliana Abreu			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucia de Azevedo Castro dos Santos				
Nascimento:	18/04/1970	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	969504905			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Odonto Show			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucia de Oliveira				
Nascimento:	17/03/1957	Sexo:	Feminino	CPF:	717.168.587-04
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:				E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucia de Oliveira Pinheiro				
Nascimento:	20/06/1985	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	965156065			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucia de S. F. dos Santos				
Nascimento:	10/03/1973	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	988469087			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucia ferreira de Andrade

Nascimento: 07/11/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987893250

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena Barcelos

Nascimento: 21/11/1960

Sexo: Feminino

CPF: 908.055.697-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23943031

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena Chagas Valim

Nascimento: 02/03/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena Coelho de Menezes

Nascimento: 29/03/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968775051

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Davi da Silva Luiz Junior

CPF Resp.Fin.:025.605.747-80

**Nome:** Lucia Helena da Silva Bomfim

Nascimento: 25/01/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985221240

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena da Siva Brum

Nascimento: 29/07/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96448-3560

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucia Helena de S. Q.da Silva

Nascimento: 20/04/1959

Sexo: Feminino

CPF: 540.344.267-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980227210

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena de Souza

Nascimento: 15/04/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32925398

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena do A. V. Vieira

Nascimento: 30/05/1957

Sexo: Feminino

CPF: 468.831.347-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994957538

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena Gonçalves Teixeira

Nascimento: 28/06/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998742403

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena Medeiros da Silva

Nascimento: 06/02/1955

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24126782-964245510

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena Monteiro da Costa

Nascimento: 12/12/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979853284

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucia helena Pinto de Barros

Nascimento: 25/09/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998731786

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena Queiroz Coelho

Nascimento: 28/09/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975116397

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Helena Soares Lima

Nascimento: 27/08/1978

Sexo: Feminino

CPF: 037.371.186-71

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34069271 / 968485898

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Maria da Silva

Nascimento: 04/09/1966

Sexo: Feminino

CPF: 892.660.307-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973292727

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Maria Urbano da Silva

Nascimento: 22/12/1952

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968027785

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Nathany L . Andrade

Nascimento: 22/01/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988633331

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucia Pestana da Silva

Nascimento: 06/02/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994887151

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucia Selepengue

Nascimento: 16/11/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981068721

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana dos Santos Coelho

Nascimento: 28/04/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34066030-983847730

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Alves Brasil

Nascimento: 24/03/1975

Sexo: Feminino

CPF: 076.709.417-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24064129

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Alves da Silva

Nascimento: 05/09/1967

Sexo: Feminino

CPF: 000.709.107-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986528748

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Anselmo de Oliveira

Nascimento: 12/12/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997569323

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana Batista Machado

Nascimento: 09/06/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987620860

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Batista Machado

Nascimento: 09/06/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987620860

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Batti Ribeiro Barbosa

Nascimento: 26/05/1982

Sexo: Masculino

CPF: 098.823.227-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23941504-972336488

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Branqui da Silva

Nascimento: 05/10/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964646999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Brites da Silva

Nascimento: 23/03/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Bulhoes

Nascimento: 03/02/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989528701

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana Carla Farias Pereira

Nascimento: 16/03/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35515408

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Carla Farias Pereira

Nascimento: 16/03/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984118840

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Carla Farias Pereira

Nascimento: 16/03/1986

Sexo: Feminino

CPF: 117.962.817-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35515408-984118840

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Coelho Noronha

Nascimento: 02/04/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35973559

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Correia Muniz dos Santos

Nascimento: 13/02/1978

Sexo: Feminino

CPF: 071.586.997-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964653815

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Coutinho Paranhos

Nascimento: 21/06/1974

Sexo: Feminino

CPF: 053.490.477-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99846163

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana Cristina de Oliveira

Nascimento: 02/06/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964078092

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Cristina Nogueira Ferreira

Nascimento: 26/04/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987781591

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Cruz Coutinho

Nascimento: 05/04/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33658144

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Conceição Vieira

Nascimento: 19/01/1974

Sexo: Feminino

CPF: 071.993.147-95

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968771142

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Costa

Nascimento: 08/03/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964408262

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Mofato

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Silva

Nascimento: 06/07/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979441117

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana da Silva

Nascimento: 27/05/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984833371

E-Mail: ls838178@gmail.com

Alerta Médico: Enviar por email também

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Silva

Nascimento: 27/05/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984833371

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Silva

Nascimento: 27/05/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984833371

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Silva Dias

Nascimento: 22/09/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987532216

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Silva Domingos

Nascimento: 12/12/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970362661

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Silva Figueiredo Carlos

Nascimento: 12/06/1977

Sexo: Feminino

CPF: 077.400.957-88

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987932905

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana da Silva G. Cortes

Nascimento: 19/12/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964966330

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Silva Gonçalves de Moura

Nascimento: 17/05/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994604265

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Silva Paulo

Nascimento: 28/06/1985

Sexo: Feminino

CPF: 109.367.357-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34074291

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Silva Vicente

Nascimento: 20/11/1982

Sexo: Feminino

CPF: 108.806.067-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964802458 / 33644802

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana da Silva Vieira

Nascimento: 03/06/1975

Sexo: Feminino

CPF: 035.587.147-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986713592

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana de A. P. Montenegro

Nascimento: 28/08/1974

Sexo: Feminino

CPF: 047.718.117-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993877031

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana de Almeida Francisco

Nascimento: 12/10/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana de Araujo Puerta

Nascimento: 27/03/1994

Sexo: Feminino

CPF: 159.017.127-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988993212

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana de Avellar Molena

Nascimento: 29/11/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana de Freitas Ferreira

Nascimento: 22/03/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986663788

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana de Menezes Santana Marques

Nascimento: 07/09/1980

Sexo: Feminino

CPF: 086.514.477-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992127360

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana de Moraes Gomes

Nascimento: 12/02/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982466938

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana de Moraes Rangel

Nascimento: 02/02/1989

Sexo: Feminino

CPF: 130.537.327-85

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979086284

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana de S. C. de Oliveira

Nascimento: 08/08/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35516703

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana de Vasconcellos Marques Alves

Nascimento: 12/10/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34962583

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Dias Magalhaes Gomes

Nascimento: 06/07/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana dos Santos

Nascimento: 03/01/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993865092

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana dos Santos Antunes

Nascimento: 24/05/1989

Sexo: Feminino

CPF: 122.093.777-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985015792

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana dos Santos Gonçalves

Nascimento: 29/05/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985648471

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Ermino da Silva

Nascimento: 23/07/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980011544

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Ferreira da Silva

Nascimento: 25/06/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972416604

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Fonseca Barbosa

Nascimento: 07/04/1986

Sexo: Feminino

CPF: 118.158.747-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968860366

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Franco dos Santos

Nascimento: 17/08/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975810357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Freitas de Jesus

Nascimento: 23/04/1989

Sexo: Feminino

CPF: 139.449.037-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974227494

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana Gama Gomes

Nascimento: 03/01/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980654508

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Gomes Lourenço

Nascimento: 03/03/1979

Sexo: Feminino

CPF: 075.915.697-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981541341

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Gonçalves Schiavini

Nascimento: 03/08/1987

Sexo: Feminino

CPF: 115.653.667-78

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989977098

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Gouveia Marques

Nascimento: 16/05/1995

Sexo: Feminino

CPF: 162.134.567-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24165401-987502708

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Guimaraes Lopes de Oliveira

Nascimento: 23/01/1966

Sexo: Feminino

CPF: 004.055.707-32

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33542921

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Juliao de Melo Teixeira

Nascimento: 28/04/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970718390

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana Kelly Tostes do Nascimento Camargo

Nascimento: 19/04/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Lima Doledo

Nascimento: 09/12/1985

Sexo: Feminino

CPF: 116.782.347-88

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982404371

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Lima dos Santos

Nascimento: 12/03/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993236082

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Lopa Mendes

Nascimento: 18/02/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99815847

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Luiza Pinto Caetano

Nascimento: 04/01/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34697800

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Macedo Barbosa

Nascimento: 07/04/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991342658

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana Maria Rodrigues

Nascimento: 06/10/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964612049

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Marques de Lima

Nascimento: 01/06/1985

Sexo: Feminino

CPF: 118.236.397-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970310645

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Menezes de A. Evangelho

Nascimento: 28/10/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965613060

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Miranda da Silva

Nascimento: 28/12/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97034697

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Miranda Oliveira Silva

Nascimento: 18/05/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41111225 - 991879400

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Monteiro do Couto

Nascimento: 10/10/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30410237

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana Moreira de Oliveira

Nascimento: 30/10/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973113486

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Moura Fernandes de Souza

Nascimento: 10/03/1977

Sexo: Masculino

CPF: 073.257.097-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9644153316

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Nunes de Oliveira

Nascimento: 11/03/2016

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994221617

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Nunes Viana

Nascimento: 20/08/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986013285

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Oliveira de Medeiros

Nascimento: 09/05/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96496-5792

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Patricia dosSantos

Nascimento: 11/11/1971

Sexo: Feminino

CPF: 016.895.077-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972824367

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana Paula F. de Araujo de Souza

Nascimento: 25/06/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983002975

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Pereira dos Santos

Nascimento: 02/02/1992

Sexo: Feminino

CPF: 152.698.247-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24169481

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Pereira Pinto

Nascimento: 29/10/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986105012

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Pereira Ribeiro

Nascimento: 10/04/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992553078

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Pereira Zeferino

Nascimento: 17/12/1992

Sexo: Feminino

CPF: 157.521.137-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965024246

E-Mail:

Alerta Médico: Paciente não trouxe o pedido.

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Pereira Zeferino

Nascimento: 17/12/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965024246

E-Mail:

Alerta Médico: Sem a panoramica

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana Pestana Silva Pimenta

Nascimento: 15/09/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34351415-988165643

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Virginia Cabral Hatano

Carteira:

Resp. Fin.: Simone Pestana Silva

CPF Resp.Fin.:034.069.787-38

**Nome:** Luciana Portal da Silva

Nascimento: 12/11/1975

Sexo: Feminino

CPF: 895.201.900-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985489091

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Ribeiro da Silva

Nascimento: 16/12/1983

Sexo: Feminino

CPF: 104.176.927-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3787-8006

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Rodrigues de Almeida

Nascimento: 05/01/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979157730

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Rodrigues de Almeida

Nascimento: 05/01/1978

Sexo: Feminino

CPF: 051.491.537-45

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964014894

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Rodrigues de Sousa

Nascimento: 08/08/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980674640

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luciana Rodrigues de Souza		
Nascimento:	08/08/1976	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	980677640	E-Mail:	
Alerta Médico:	Paciente vai fazer o restante do pacote e imprimir o que já tem		
Convênio:	Odonto Carioca	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luciana Santos dos Reis Resende		
Nascimento:	23/05/1977	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	981370862	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luciana Sarredo		
Nascimento:	12/10/1974	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	973518521	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luciana Silva dos Santos		
Nascimento:	03/01/1971	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	995308744	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luciana Silva dos Santos		
Nascimento:	19/05/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	109.995.737-05
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964744796 / 973697017	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luciana Silva Rosendo		
Nascimento:	19/05/1976	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	966698833	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciana Soares Leite

Nascimento: 15/06/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970461409

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Soares Rosa Mozer

Nascimento: 09/02/1990

Sexo: Feminino

CPF: 131.362.557-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970109453 33492055

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Tavares de Vasconcelos Moreira

Nascimento: 01/10/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986126783

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Vieira Andrade

Nascimento: 31/07/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987519349

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciana Vieira da Conceição

Nascimento: 21/11/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane Afonso dos Santos

Nascimento: 05/10/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988783254

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciane Alves de Carvalho

Nascimento: 07/02/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965092281

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane Cadete Rodrigues

Nascimento: 10/06/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968834912

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane Cruz da Fonseca

Nascimento: 26/01/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995274967

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Raphael Nascimento

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane da Silva

Nascimento: 09/10/1970

Sexo: Feminino

CPF: 038.126.757-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973707446

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane de Araujo Pereira

Nascimento: 26/11/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970071655

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane de Jesus da Conceição

Nascimento: 21/05/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976178884

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciane de O. Barros Santos

Nascimento: 01/11/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987265201

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane de Oliveira Silva

Nascimento: 25/01/1963

Sexo: Feminino

CPF: 747.306.657-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984110768

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane Dias da Silva

Nascimento: 06/04/1979

Sexo: Feminino

CPF: 047.565.017-45

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969565146

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane dos Santos Oliveira Gusmao

Nascimento: 08/03/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988983254

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane Fatima Albuquerque de Castro

Nascimento: 10/01/1984

Sexo: Feminino

CPF: 098.630.737-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982069037

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciane Oliveria Bitencourt

Nascimento: 23/09/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981109037

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luciane Oscar Correa		
Nascimento:	12/10/1964	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33170078 / 991407711	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luciane Teixeira Ribeiro		
Nascimento:	04/05/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	166.701.587-77
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980138771	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clinica L V - Lilian Vasques	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luciangela Tavares Gomes		
Nascimento:	29/05/1976	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970074312	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luciangela Tavares Gomes		
Nascimento:	29/05/1976	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	001.714.265-25
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964225364	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 02	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luciano Albuquerque da Silva		
Nascimento:	13/03/1989	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	135.736.717-13
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	995338944	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luciano Alcantara Dias		
Nascimento:	28/05/1984	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	109.137.107-50
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966976050	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciano Barbosa da Silva

Nascimento: 06/03/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964775331

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Barreto

Nascimento: 04/10/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997022589

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Batista de Oliveira

Nascimento: 21/10/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980590825

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Berlamino do Nascimento

Nascimento: 21/09/1993

Sexo: Masculino

CPF: 109.030.874-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 81218937

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Bezerra da Silva

Nascimento: 03/09/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Braz de Assunção

Nascimento: 11/03/1983

Sexo: Masculino

CPF: 108.789.367-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987562883

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciano Brito Mendonça

Nascimento: 04/09/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964273019

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Cabo Pereira

Nascimento: 26/07/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33641491

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Cordeiro de Carvalho

Nascimento: 09/12/1975

Sexo: Masculino

CPF: 076.059.877-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Costa de Lino Belo

Nascimento: 09/02/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987225710

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Crispim da Silva

Nascimento: 19/08/1975

Sexo: Masculino

CPF: 071.803.487-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986627719

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Custodio Costa

Nascimento: 08/02/1980

Sexo: Masculino

CPF: 078.859.867-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980030601

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciano da Rocha de Oliveira

Nascimento: 04/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33164686-976672412

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Consultório Dentinho

Carteira:

Resp. Fin.: Miriam Aparecida

CPF Resp.Fin.:013.926.837-50

**Nome:** Luciano da Rocha Gonçalves

Nascimento: 06/10/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996363355

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano da Silva alves

Nascimento: 20/03/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984628990

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano da Silva Alves

Nascimento: 20/03/1977

Sexo: Masculino

CPF: 045.487.207-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33777961-984628990

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano de Almeida

Nascimento: 06/03/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987607179

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano de Lima e Silva

Nascimento: 28/02/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964790847

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciano de Moraes Gomes

Nascimento: 12/02/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982466938

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano de Oliveira

Nascimento: 18/07/1980

Sexo: Masculino

CPF: 057.392.837-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 91395059

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano de Oliveira Brandão

Nascimento: 19/05/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964086607

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano dos Reis Rodrigues

Nascimento: 14/05/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24131195

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano dos Santos Pereira

Nascimento: 23/08/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964664571

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Elias Rodrigues Monecki

Nascimento: 24/05/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966505707

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciano Felix da Silva Junior

Nascimento: 17/03/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979635800

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Fernandes da Silva

Nascimento: 13/05/1985

Sexo: Masculino

CPF: 105.231.937-85

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983048185

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Fernandes de Medeiros

Nascimento: 09/09/1976

Sexo: Masculino

CPF: 052.212.797-54

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39883238

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Fernandes Macedo

Nascimento: 02/11/1986

Sexo: Masculino

CPF: 022.581.083-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981342182 / 988519078

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Fernandes Macedo

Nascimento: 02/11/1986

Sexo: Masculino

CPF: 022.581.083-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979177176

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Ferreira da Silva

Nascimento: 03/09/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34273258

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciano Gomes da Rosa

Nascimento: 19/06/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973594997

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Gomes de Almeida

Nascimento: 11/10/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975205316

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Guimaraes Rodrigues

Nascimento: 06/03/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30625625

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Carla Nunes Guimaraes

CPF Resp.Fin.:071.157.367-07

**Nome:** Luciano Guimaraes Rodrigues

Nascimento: 31/03/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997627183

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Jose dos Santos Gomes

Nascimento: 27/09/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972032671

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Luis Xavier de Azevedo

Nascimento: 12/10/1980

Sexo: Masculino

CPF: 090.703.167-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964346921

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciano Mathias dos Santos

Nascimento: 06/11/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988226526

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Medeiros Dantas

Nascimento: 02/06/1951

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24163424

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Nascimento Batista Junior

Nascimento: 18/02/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969041919

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Nascimento Luiz

Nascimento: 28/02/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Paiva de Jeus Santos

Nascimento: 24/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35761548 / 975816460

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Zilneuz Maria de Jesus

CPF Resp.Fin.:282.328.128-26

**Nome:** Luciano Peralva Guimaraes Junior

Nascimento: 12/03/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968130291

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciano Pereira Araujo

Nascimento: 02/11/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981330593

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Rocha Alves

Nascimento: 12/05/1990

Sexo: Masculino

CPF: 139.749.827-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975063780

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Rocha das Neves

Nascimento: 29/07/1990

Sexo: Masculino

CPF: 119.626.647-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968019735

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Rocha Domingos

Nascimento: 27/01/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975932899

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Sade Lima

Nascimento: 04/06/1999

Sexo: Masculino

CPF: 160.211.017-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974030913

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Stanley T.B. de Araujo

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Santos dos Ramos

Nascimento: 14/05/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974805309

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciano Silva Cristovao

Nascimento: 10/03/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964939622

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Silva de Souza

Nascimento: 03/03/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984308706

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Siqueira Bispo dos Santos

Nascimento: 01/01/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969644520

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Tavares Nogueira Junior

Nascimento: 24/09/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971262203

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Turque Zache

Nascimento: 20/06/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986722759

E-Mail: Lucianozache@hotmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciano Vander de Oliveira

Nascimento: 26/11/1974

Sexo: Masculino

CPF: 051.440.587-28

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985377489

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciano Vander de Oliveira

Nascimento: 26/11/1974

Sexo: Masculino

CPF: 051.440.587-28

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985377489

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucicleide dos Santos Silva

Nascimento: 12/02/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964011464

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucicleide dos Santos Silva

Nascimento: 12/12/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964011464

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucidalva Bispo Pereira

Nascimento: 24/06/1969

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986523569

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucidalva Nascimento Santos

Nascimento: 19/01/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973437031

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciele Coelho Rosa

Nascimento: 13/10/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973671513

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciele Coelho Rosa

Nascimento: 13/10/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973671513

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciele Coleho Rosa

Nascimento: 13/10/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973671513

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Lucineia da Silva Coelho

CPF Resp.Fin.:077.725.466-29

**Nome:** Luciene Cristina Moraes Paiva

Nascimento: 16/09/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24136416

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Lisboa Monteiro

Nascimento: 30/04/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990167460

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Batista Carvalho de Souza

Nascimento: 06/08/1949

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98491-3559

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Costa Lima

Nascimento: 29/07/1990

Sexo: Feminino

CPF: 041.053.023-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983091225

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciene da Conceição Ferreira

Nascimento: 10/09/1980

Sexo: Feminino

CPF: 056.462.387-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968696344 / 977382727

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene da Conceição Ferreira

Nascimento: 10/09/1980

Sexo: Feminino

CPF: 056.462.387-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968696344

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene da Silva de Lima Diniz

Nascimento: 18/10/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994026279

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene da Silva Gonçalves

Nascimento: 16/04/1989

Sexo: Feminino

CPF: 130.919.667-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24179107-989175196

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene da Silva Pires

Nascimento: 21/09/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969890159

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene de Almeida Rodrigues

Nascimento: 17/03/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985009857

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciene de Jesus dos Santos

Nascimento: 05/09/1961

Sexo: Feminino

CPF: 077.017.767-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39091420

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene de Oliveira Nascimento de Lima

Nascimento: 02/08/1979

Sexo: Feminino

CPF: 082.472.217-56

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33649288-988118846

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene dos Santos Rocha

Nascimento: 19/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33560437-986005813

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Paula Jose Porfolio

CPF Resp.Fin.: 111.577.377-14

**Nome:** Luciene Ferreira de Moura

Nascimento: 29/09/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34022400

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Lins da Silva

Nascimento: 26/11/1955

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985940868

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Lins da Silva

Nascimento: 26/11/1955

Sexo: Feminino

CPF: 495.839.997-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31552433

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciene Luiz Vital Santos

Nascimento: 18/05/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989212173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Maria da Silva

Nascimento: 04/12/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990816863

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Medeiros de Andrade

Nascimento: 05/09/1983

Sexo: Feminino

CPF: 098.603.447-95

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980923515

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Medina de Souza

Nascimento: 25/07/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975821810

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Oliveira da Silva

Nascimento: 16/05/1977

Sexo: Feminino

CPF: 090.828.487-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973511401

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Reis de Aguiar

Nascimento: 12/02/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997979727

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luciene Reis de Oliveira

Nascimento: 21/06/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33561761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Reis de Oliveira

Nascimento: 21/06/1968

Sexo: Feminino

CPF: 021.695.407-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993367832

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luciene Sales Costas

Nascimento: 17/09/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965239068

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucigloria Evangelista Carvalho

Nascimento: 15/08/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984196469

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucila Alves de Siqueira

Nascimento: 03/01/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 2410-7682

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucila Mary Batista Grilo Nascimento

Nascimento: 29/06/1983

Sexo: Feminino

CPF: 311.523.798-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970319045

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucilane Gonçalves Pereira

Nascimento: 13/08/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983292482

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucileia Oliveira Gomes

Nascimento: 03/05/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998306305

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: June Fernanda

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucilene da Rocha Borges

Nascimento: 13/04/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993708160

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucilene da Silva dos Santos

Nascimento: 12/06/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993917954

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucilene de Oliveira Coutinho Silva

Nascimento: 12/08/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975958042

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucilene Pereira da Silva

Nascimento: 25/01/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964385951

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucilia Nogueira

Nascimento: 29/12/1961

Sexo: Feminino

CPF: 839.541.717-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24139887

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucilia Priscila Vasconcellos Ruiz

Nascimento: 02/02/1982

Sexo: Feminino

CPF: 095.706.957-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974161198

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucilia Rodrigues Primo

Nascimento: 24/03/1962

Sexo: Feminino

CPF: 787.022.247-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985072620

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucimar Borges Ribeiro Silva

Nascimento: 08/12/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965130615

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucimar Conceição Martins

Nascimento: 25/10/1970

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997606044

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucimar Gomes dos Santos Nasser

Nascimento: 12/08/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974138829

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucimar Lopes do Nascimento

Nascimento: 25/07/1970

Sexo: Feminino

CPF: 014.482.617-83

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucimar Lopes do Nascimento

Nascimento: 25/07/1970

Sexo: Feminino

CPF: 014.482.6178-3

Logradouro: Rua São tito 118

Número: 03

Complemento: casa

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 971652567

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucimar Machado Nascimento

Nascimento: 23/05/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33145922

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucimar Moreira Silva

Nascimento: 27/12/1973

Sexo: Feminino

CPF: 008.342.437-76

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24 992687328

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucimar Torres de Oliveira

Nascimento: 07/06/1955

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23947531

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucimara Oliveira de Jesus Rodrigues

Nascimento: 09/01/1979

Sexo: Feminino

CPF: 083.051.907-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987682742

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucimara Pereira Ferreira

Nascimento: 02/10/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975353114

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucimaria Acacio

Nascimento: 17/10/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35962634

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucimery Leite Ribeiro

Nascimento: 01/08/1959

Sexo: Feminino

CPF: 751.811.347-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31577109-984086475

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucinea B. Pita Silva

Nascimento: 07/07/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24 998611309

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucineia de O. Pinheiro

Nascimento: 13/03/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997551363

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucineia G. B. Silva

Nascimento: 21/11/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996183783

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucineide Alves Gonçalves

Nascimento: 01/06/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986598677

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucineide Marques Teixeira de Souza

Nascimento: 07/06/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964197570

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucinete Laureano Vargas Kolsky

Nascimento: 01/02/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24111745 984253838

E-Mail:

Alerta Médico: Sem discrepancia

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucio Antonio Macedo da Silva

Nascimento: 28/03/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964271808

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucio Antonio Santos

Nascimento: 01/11/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33059959

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucio Araujo da Conceição

Nascimento: 01/02/1989

Sexo: Masculino

CPF: 111.854.687-30

Logradouro: Rua Nossa Senhora de Fatima S/N

Número: LT:29

Complemento: QD:89

Bairro: Km 32

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 964425317 / 27993702

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucio Flavio da Silva Costa

Nascimento: 13/09/2000

Sexo: Masculino

CPF: 178.688.537-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986813261

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucio Herique Miranda Pinto

Nascimento: 10/12/1985

Sexo: Masculino

CPF: 112.807.367-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993207578

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucio Mauro Alves Da Cruz

Nascimento: 31/12/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985624337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucio Mauro das Chagas Santana

Nascimento: 28/05/1991

Sexo: Masculino

CPF: 148.326.887-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996909714

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucio Pieroni Machado

Nascimento: 28/07/1955

Sexo: Masculino

CPF: 404.599.857-87

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24150959

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lucio Ribeiro Junior

Nascimento: 08/02/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975359496

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amo Odonto

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Lucio Rocha Ferreira				
Nascimento:	23/04/1996	Sexo:	Masculino	CPF:	157.433.217-10
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24178104-998341104			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Virginia Cabral Hatano			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucivan de Souza Gomes				
Nascimento:	13/10/1991	Sexo:	Masculino	CPF:	140.405.237-25
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34263528/986237993			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Dra Alessandra 02			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucivane dos Santos Ferreira				
Nascimento:	17/05/1977	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	968913701			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Manguariba			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucivania de Fatima S. de Brito Santos				
Nascimento:	29/06/1982	Sexo:	Feminino	CPF:	054.069.627-79
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	975308904			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucylene Muguet Mendes				
Nascimento:	29/06/1995	Sexo:	Feminino	CPF:	115.969.367-62
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	21489256			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lucynea Lopes Ribeiro				
Nascimento:	06/06/1972	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	990902449			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lucyo Jose Freitas Candeia

Nascimento: 15/03/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980200255

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ludiane da Conceição Jose

Nascimento: 25/02/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987049981

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ludimila Albino da Silva

Nascimento: 27/07/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980746856

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ludmila da Silva

Nascimento: 24/02/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969382024

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ludmila da Silva Costa

Nascimento: 22/03/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985843373

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ludmila de Oliveira Alvarenga

Nascimento: 13/12/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3551-7595

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Ludmila Oliveira Dias				
Nascimento:	29/04/2008	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	984911479			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Ludmila Seabra da Cunha				
Nascimento:	08/02/2005	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	995952822			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Dra Alessandra 01			Carteira:	
Resp. Fin.:	Vanda da Silva Seabra			CPF Resp.Fin.:	071.405.827-00
<b>Nome:</b>	Ludmila Souza da Cruz				
Nascimento:	11/02/1998	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	966213985			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Ludmila Teixeira dos Santos				
Nascimento:	31/12/1992	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	35515361			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Ludmilla de Freitas Cavalcante				
Nascimento:	10/05/2002	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964974734			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:	Rogério de Oliveira Cavalcante			CPF Resp.Fin.:	093.111.177-30
<b>Nome:</b>	Ludmilla Leite Francisco de Paula				
Nascimento:	18/06/1998	Sexo:	Feminino	CPF:	122.691.967-75
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	991674708-31577109			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Sest Senat			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Ludyane Paloma Fernandes da Silva

Nascimento: 07/05/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970741761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Ludymilla Osorio dos Santos

Nascimento: 20/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31083005-975746464

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.: Lucia Helena

CPF Resp.Fin.:632.908.557-91

**Nome:** Luelen Maria dos Santos da Silva

Nascimento: 31/10/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973190818

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luene Rodrigues de Oliveira

Nascimento: 28/05/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973665375

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luhemerson Mendes de Oliveira

Nascimento: 13/12/1995

Sexo: Masculino

CPF: 150.692.037-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982315342

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiandra Pires Araujo

Nascimento: 01/04/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985873465

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiggi henrique de Santana Vieira

Nascimento: 20/11/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24 999561374

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luigi Henrique da Silva Ribeiro

Nascimento: 26/09/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975904513

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luigi Willy Souza Bragança

Nascimento: 02/06/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23946520 / 982305466

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** luigui Santos de Oliveira

Nascimento: 18/08/1997

Sexo: Masculino

CPF: 156.059.637-67

Logradouro: Rua antero de souza

Número: 50

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21542702

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcio Maciel

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luila de Souza Brito

Nascimento: 03/01/1991

Sexo: Feminino

CPF: 139.014.127-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31562893

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Consultório Dentinho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Eduardo de Souza Lima

Nascimento: 25/10/1981

Sexo: Masculino

CPF: 054.759.197-71

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975560377

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Alfredo da S. G. Maria

Nascimento: 27/12/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994109647

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Antonio de Carvalho

Nascimento: 12/10/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Antonio Oliveira dos Santos

Nascimento: 13/01/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994872066

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Augusto dos Santos

Nascimento: 27/06/1961

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995955425

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Augusto Pedro de Paula Chaves

Nascimento: 02/11/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965593959

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Aurelio de O. Charles

Nascimento: 02/04/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Carlos Correa

Nascimento: 10/03/1970

Sexo: Masculino

CPF: 025.971.987-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24125151

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Carlos de Jesus Costa

Nascimento: 12/07/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974633739

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Carlos dos Santos

Nascimento: 08/02/1982

Sexo: Masculino

CPF: 088.235.937-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964647811

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Carlos Lopes

Nascimento: 09/05/1952

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969708229

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Carlos Matoso

Nascimento: 02/10/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Carlos Oliveira Santos

Nascimento: 31/01/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984018451

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Carlos Pestana Curvelo

Nascimento: 03/08/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999928710

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Claudio da Silva

Nascimento: 24/06/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995754321

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Claudio da Silva

Nascimento: 31/07/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976457496

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Claudio de Oliveira Bomfim

Nascimento: 28/12/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Claudio de Sousa

Nascimento: 21/05/1975

Sexo: Masculino

CPF: 051.812.127-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996672919

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Claudio Gouveia Bueno

Nascimento: 10/01/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Claudio Maria de Azevedo

Nascimento: 12/10/1970

Sexo: Masculino

CPF: 018.208.237-76

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998730117

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Claudio Mariano da Silva

Nascimento: 14/12/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Claudio Nascimento Neiva

Nascimento: 17/08/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970392559

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Claudio Silva Santos

Nascimento: 03/09/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969507910

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Claudio Soares dos Santos

Nascimento: 07/02/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993192790

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Claudio Souares dos Santos

Nascimento: 07/02/1976

Sexo: Masculino

CPF: 037.317.677-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31285816

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Eduardo Alves da Conceição

Nascimento: 25/04/2003

Sexo: Masculino

CPF: 156.791.787-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964237354

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Eduardo Barbosa Vieira

Nascimento: 28/09/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985640901

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Eduardo de Miranda

Nascimento: 02/04/1981

Sexo: Masculino

CPF: 051.394.756-69

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24112932/985333508

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Eduardo Mouta da Costa

Nascimento: 25/05/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968371464

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Eduardo Vasconcelos Silva

Nascimento: 19/02/1993

Sexo: Masculino

CPF: 114.201.247-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34033857

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Fabiano Quirino

Nascimento: 13/06/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24158288

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Fabiana Dias Quirino

CPF Resp.Fin.:096.878.127-61

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Felipe Rodrigue Hortencio

Nascimento: 19/11/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991146494

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis felipe Almeida da Rosa Caputo

Nascimento: 07/10/1997

Sexo: Masculino

CPF: 163.753.487-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970359611

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe Bonfim Barbosa

Nascimento: 27/08/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991105134

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe da Silva Mota

Nascimento: 26/04/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983485823

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe de Araujo Alves

Nascimento: 26/03/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33059659

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe de Oliveira Pinto Pedro

Nascimento: 06/08/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970268909

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Felipe dos Santos

Nascimento: 27/05/1988

Sexo: Masculino

CPF: 131.072.767-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964533121

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe dos Santos Fernandes

Nascimento: 21/09/2010

Sexo: Masculino

CPF: 086.116.507-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988797291

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe dos Santos Fernandes

Nascimento: 21/09/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe dos Santos Villar

Nascimento: 27/05/1988

Sexo: Masculino

CPF: 131.072.767-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964533128

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe Ferreira

Nascimento: 06/05/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995557977

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe Gabriel de Mendonça

Nascimento: 03/11/1987

Sexo: Masculino

CPF: 130.684.757-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24098535 / 968614656

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Renata Salomão

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis felipe M. faria dos S. Gonçalves

Nascimento: 03/11/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993424578

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe Machado da Silva

Nascimento: 12/02/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980288942

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.: Mariana Ferreira Machado Silva

CPF Resp.Fin.:044.277.445-16

**Nome:** Luis Felipe Manoel dos Santos

Nascimento: 02/05/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991342130

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe Monteiro

Nascimento: 24/09/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987059213

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe Oliveira da Mata

Nascimento: 03/09/1994

Sexo: Masculino

CPF: 153.752.757-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 2686-4219

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe Santana Silva

Nascimento: 03/05/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990424465

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Felipe Silva dos Santos

Nascimento: 15/01/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39083430

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felipe Silva dos Santos

Nascimento: 15/01/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39083430

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Felliipe Lucas Silva Oliveira

Nascimento: 26/05/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992992392

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Fernando Bento

Nascimento: 04/11/1982

Sexo: Masculino

CPF: 093.680.987-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972977443

E-Mail: luis.fernando.bento28@gmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Fernando de Araujo Gomes

Nascimento: 11/02/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970309990

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Fernando de Araujo Rocha

Nascimento: 11/02/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970309990

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Fernando Farias Campos

Nascimento: 02/07/1973

Sexo: Masculino

CPF: 176.869.998-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990880405

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Fernando Moreira Mendes

Nascimento: 31/08/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98637-2743

E-Mail: DANIELESIQUEIRA\_TO@HOTMAIL.COM

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Fernando Motta dos Santos

Nascimento: 04/12/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24126162

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Fernando Reis de Souza

Nascimento: 07/01/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983954206

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Filipe Aires Duque

Nascimento: 28/08/1965

Sexo: Masculino

CPF: 961.688.207-44

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981976288

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Filipe Tobias da Silva

Nascimento: 31/08/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985890858 / 989175289

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Gabriel dos Santos Oliveira

Nascimento: 23/11/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24137220

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Simone Gomes dos Santos Oliveira

CPF Resp.Fin.:020.587.007-40

**Nome:** Luis Gabriel Teixeira Lisboa

Nascimento: 26/06/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993154155

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Gabriel Teixeira Lisboa

Nascimento: 26/06/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964185751

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Gleison Ferreira de Lima

Nascimento: 14/11/1991

Sexo: Masculino

CPF: 139.375.727-83

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 77850871 / 32912479

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Guilherme da Silva dos Santos

Nascimento: 17/01/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Rua B

Número:

Complemento: Q:07 L:09

Bairro: Paque Boa Ventura / Nova

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 975478173 / 26881380

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.: Marili Maria da Silva

CPF Resp.Fin.:111.724.167-02

**Nome:** Luis Gustavo da Cruz Pereira

Nascimento: 13/05/1998

Sexo: Masculino

CPF: 175.742.197-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35634908

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Henrique Alves dos Santos

Nascimento: 30/04/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969175268

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Henrique Bourguignon Climaco

Nascimento: 07/01/1977

Sexo: Masculino

CPF: 077.658.347-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33925661

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Henrique dos Santos Rotas

Nascimento: 24/06/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31581107

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Henrique Ribeiro

Nascimento: 17/02/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98101632

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Horacio Gomes

Nascimento: 05/09/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 64070433

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Leandro Baptista Mariz Sarmento

Nascimento: 30/01/1991

Sexo: Masculino

CPF: 119.797.237-45

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964036280

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luis Otavio de Azevdo Fonseca

Nascimento: 22/12/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Otavio Freitas Domingues

Nascimento: 15/09/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33318461-975708871

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Paulo dos Santos Neto

Nascimento: 10/05/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983368312

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luis Rodrigues

Nascimento: 15/05/1941

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36846740

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luisa Barros de Amorim

Nascimento: 25/09/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24130337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: June Fernanda

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luisa da Silva Fraga

Nascimento: 23/03/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 28816382 - 96878-0384

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luisa de Jesus Silva de Faria

Nascimento: 26/04/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34265974

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luisa do Castro Costa

Nascimento: 21/12/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997718610

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luisa Eminio Assem

Nascimento: 25/08/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986229965

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luisa Fernandes Sampaio

Nascimento: 12/11/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31263310-34264998-991996029

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Viviane Borges

CPF Resp.Fin.:086.418.137-05

**Nome:** Luisa Medeiros de Oliveira

Nascimento: 13/04/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970447179

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luisa Schiavone da Luz

Nascimento: 23/05/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964342692

E-Mail:

Alerta Médico: exame online

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luisa Silva Ozorio

Nascimento: 05/11/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975099855

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alberto Amancio Valerio

Nascimento: 26/02/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988410558

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alberto da Silva

Nascimento: 16/04/1960

Sexo: Masculino

CPF: 624.679.217-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985688227

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alberto da Silva Moraes

Nascimento: 01/11/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969524549

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alberto da Silva Nascimento

Nascimento: 14/04/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991557294

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alberto de Oliveira

Nascimento: 15/01/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 960168213

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Alberto Ferreira da Silva

Nascimento: 09/02/1986

Sexo: Masculino

CPF: 329.377.518-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967705803

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alberto Ferreira de Lima

Nascimento: 29/10/1982

Sexo: Masculino

CPF: 091.421.917-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 78237320 / 24130966

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alberto Joaquim dos Santos

Nascimento: 29/10/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986051709

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alberto Joaquim dos Santos

Nascimento: 29/10/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986051709

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alberto Marques Fernandes

Nascimento: 19/06/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999730625

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alberto Pereira Rosa

Nascimento: 30/06/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24676162-965862528

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Alfredo dos Reis Virginio Junior

Nascimento: 08/12/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982320603

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alves de Araujo

Nascimento: 01/12/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34269619

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alves Monteiro do Pinho

Nascimento: 13/07/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33167123

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Alves Monteiro Pinho

Nascimento: 04/03/1952

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33167123

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Amancio da Fonseca

Nascimento: 05/04/1946

Sexo: Masculino

CPF: 389.782.107-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30223824 /999479621

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Anchieta Mota

Nascimento: 30/10/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37655677

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Andre Gonçalves Ferreira

Nascimento: 05/04/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33642810

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Andre Granadeiro R. de Azevedo

Nascimento: 31/12/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964697004

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Andre Lima da Silva

Nascimento: 30/06/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37357361 / 968295046

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Andre Luiz Nogueira da Silva

CPF Resp.Fin.:825.544.397-53

**Nome:** Luiz Antonio Albuquerque da Costa

Nascimento: 02/02/2007

Sexo: Masculino

CPF: 176.130.067-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991339059

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.: Sergio Luiz Batista da Costa

CPF Resp.Fin.:022.051.207-86

**Nome:** Luiz Antonio Albuquerque da Costa

Nascimento: 02/02/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30682372

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Antonio Castanheda

Nascimento: 13/02/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965522609

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Antonio da Rosa Viana

Nascimento: 25/08/1958

Sexo: Masculino

CPF: 548.952.197-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33942782-998970695

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Antonio de Gois

Nascimento: 24/04/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24163294

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Inorte

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Antonio de Moura

Nascimento: 02/06/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965313550

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Antonio dos Reis

Nascimento: 21/08/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 2799-0725

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Antonio Ilario Altino

Nascimento: 06/04/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989738590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Antonio Mendes da Silva

Nascimento: 03/09/1999

Sexo: Masculino

CPF: 186.611.597-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34227671

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luiz Antonio Ramos		
Nascimento:	01/05/1956	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33943585	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clinica L V - Lilian Vasques	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Augusto Barros Pontes		
Nascimento:	06/03/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33562785-986151128	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Augusto de Souza		
Nascimento:	05/05/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983998120	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Cantilho		
Nascimento:	15/02/1941	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	2411 - 1928	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Val	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Carlos Arouca Junior		
Nascimento:	07/11/1979	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	053.561.947-22
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966331450	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Thiago Felipe J. dos Santos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Carlos Azevedo		
Nascimento:	28/10/1955	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	442.315.987-20
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	995424520	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Carlos Bonifacio Filho

Nascimento: 02/04/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968146462

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Carvalho

Nascimento: 29/12/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998956978

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Kelly Cristina

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Correa

Nascimento: 06/12/1959

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996931254

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos da Conceição Junior

Nascimento: 11/07/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988541175

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos de Aguiar

Nascimento: 26/10/1961

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992554038

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos de Mello

Nascimento: 23/03/1959

Sexo: Masculino

CPF: 510.983.187-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983156144

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Carlos de Souza Sales

Nascimento: 20/07/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993388565

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Espanha Diniz

Nascimento: 20/02/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964356427

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Ferreira da Cunha

Nascimento: 19/08/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974053292

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Jacob Filho

Nascimento: 21/07/1961

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Laurindo de Lima

Nascimento: 19/09/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982039333

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Lourenço de Oliveira

Nascimento: 03/05/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997088810

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Carlos M. da Conceição

Nascimento: 29/04/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968861354

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Nunes da Silva

Nascimento: 16/01/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37564941

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Pereira

Nascimento: 07/04/1956

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969486521

E-Mail: pereira.luizcarlos@bol.com.br

Alerta Médico: Desconto da Riso Rio - Preferiu Online

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Pereira Colho

Nascimento: 24/08/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Ribeiro Ribas

Nascimento: 15/02/1987

Sexo: Masculino

CPF: 117.754.017-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967328771

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Carlos Soares da Silva

Nascimento: 30/08/1962

Sexo: Masculino

CPF: 740.899.517-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31578835

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luiz Carlos Sousa Sales		
Nascimento:	20/07/1972	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	93382565	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Carlos Venancio da Silva		
Nascimento:	11/09/1962	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994061146	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Cesar Alves Florentino		
Nascimento:	06/12/1982	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Cesar Faria Ramos		
Nascimento:	18/06/1961	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Claudio Bind		
Nascimento:	17/11/1961	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24135857	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Claudio Bind		
Nascimento:	17/11/1961	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	972233494	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Claudio de Oliveira Lima

Nascimento: 03/01/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965956906

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Claudio dos Santos Cunha

Nascimento: 02/03/1974

Sexo: Masculino

CPF: 033.884.737-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966169899 / 24649100

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Manuel e Dra Ana Cristina 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Claudio dos Santos Rocha

Nascimento: 18/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965972628

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Claudio Dos Santos Rocha

Nascimento: 18/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967498954

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Claudio Ferreira Cervo

Nascimento: 04/08/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31087395

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Claudio Ferreira Perez

Nascimento: 11/08/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974147984

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Claudio Lima Neves Ferreira

Nascimento: 03/09/0199

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964431592

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Claudio Pereira Gomes

Nascimento: 05/10/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976112309

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Claudio Pontes

Nascimento: 08/03/1965

Sexo: Masculino

CPF: 848.790.097-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24161444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Claudio Pontes

Nascimento: 08/03/1965

Sexo: Masculino

CPF: 848.790.097-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24161444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Claudio Teixeira Silva

Nascimento: 05/06/1975

Sexo: Masculino

CPF: 035.442.717-29

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973093607

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Claudio Vianna Cardoso

Nascimento: 17/06/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970272692

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luiz Cruz da Cunha		
Nascimento:	07/11/1964	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clinica L V - Lilian Vasques	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz da Costa		
Nascimento:	22/02/2009	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	92934690	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Paciente quis impressa	E-Mail:	
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Domingues Gomes Junior		
Nascimento:	07/05/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Eduardo Barroco Serrano		
Nascimento:	23/10/1965	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979544081	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Unidental Clinica	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Eduardo de Carvalho		
Nascimento:	03/07/1982	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988467323	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Eduardo de Souza Joaquim		
Nascimento:	16/07/1985	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Eduardo Lourenço Pinto

Nascimento: 06/09/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31550521/993597867

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica Odontológico Sarah

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Eduardo Pereira Rodrigues

Nascimento: 04/06/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 90409566

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Joelma Pereira da Silva

CPF Resp.Fin.: 146.583.267-01

**Nome:** Luiz Eduardo Santos Correia Ferreira

Nascimento: 12/06/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972604384

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Eduardo Silva Altino

Nascimento: 31/03/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989738590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Emanuekl de Souza

Nascimento: 12/03/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987007810

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fabio de Rosario

Nascimento: 25/03/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987810976

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Felipe Amaral da Silva

Nascimento: 06/02/1997

Sexo: Masculino

CPF: 150.706.007-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970372444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Araujo

Nascimento: 09/07/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969151245

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amo Odonto

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Armando de Souza

Nascimento: 13/10/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Avelino de Moraes

Nascimento: 30/04/1986

Sexo: Masculino

CPF: 107.118.547-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964084768

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Badaró Galvão

Nascimento: 22/09/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39328962 / 992618291

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Juliana Badaró Santos

CPF Resp.Fin.: 100.479.117-86

**Nome:** Luiz Felipe Baltazar da Silva da Rocha

Nascimento: 25/02/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 22 997462626

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luiz Felipe Barcelos Candido dos Santos		
Nascimento:	18/12/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	23165669-986494314	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Felipe Braga da Silva		
Nascimento:	14/03/1989	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	998174816	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Felipe Campos de Oliveira		
Nascimento:	26/11/2010	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	984402517	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Felipe Carvalho da Silva		
Nascimento:	24/05/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987655561	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Felipe de Andrade		
Nascimento:	08/01/1994	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	167.702.247-71
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:		E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Felipe de Oliveira Pereira		
Nascimento:	21/01/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	995132473	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Felipe do Nascimento Correa

Nascimento: 13/12/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34044746 / 985709597

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Fabiane Silva Nascimento

CPF Resp.Fin.: 107.202.227-37

**Nome:** Luiz felipe dos Santos Fernandes

Nascimento: 21/09/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988797291

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Aparecida Gomes

CPF Resp.Fin.: 086.116.507-19

**Nome:** Luiz Felipe dos Santos Fernandes

Nascimento: 21/09/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34073069

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Aparecida Gomes dos Santos

CPF Resp.Fin.: 086.116.507-19

**Nome:** Luiz Felipe dos Santos Fernandes

Nascimento: 21/09/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34073069

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Aparecida Gomes dos Santos

CPF Resp.Fin.: 086.116.507-19

**Nome:** Luiz Felipe Fernandes Simoes

Nascimento: 06/04/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33561258

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.: Elisangela Penelas Fernandes

CPF Resp.Fin.: 090.556.967-90

**Nome:** Luiz Felipe Gomes Lopes

Nascimento: 20/07/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964811911

E-Mail:

Alerta Médico: Sem a panorâmica

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Felipe Gonçalves da Silva

Nascimento: 22/11/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24127428

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Inácio Dias

Nascimento: 12/09/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Estr. do Mato Alto Rua senhor do Bonfim

Número: 60 f

Complemento: casa

Bairro: Guaratiba

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 976754300

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Adriana Inácio Vieira Batista Dias

CPF Resp.Fin.: 112.691.297-24

**Nome:** Luiz Felipe Lopes Correia

Nascimento: 11/04/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994820820

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Manhaes Barbosa

Nascimento: 19/01/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24136225 / 967637702

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Marques Costa

Nascimento: 19/05/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983959076

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Menegatti Braga

Nascimento: 12/12/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34072325

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Felipe Nery Neto

Nascimento: 28/05/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974125160

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Novaes Gonçalves

Nascimento: 16/02/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 93727570

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Nunes

Nascimento: 29/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989938606

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Oliveira Pereira

Nascimento: 21/01/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995531901

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Santos Pontes

Nascimento: 19/06/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976429080

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Silva Soledade

Nascimento: 19/09/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990153070

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Felipe Souza B. Reis

Nascimento: 26/06/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24120727-964727985

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Tavares de Moraes

Nascimento: 14/07/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975314406

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Tobias da Silva

Nascimento: 31/08/1999

Sexo: Masculino

CPF: 127.638.526-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965195301

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe Velludo Silva

Nascimento: 24/02/1991

Sexo: Masculino

CPF: 060.673.477-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995978974

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe de Souza Custodio

Nascimento: 17/12/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24187806

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felipe de Souza Texeira

Nascimento: 20/09/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975209090

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Felpe Rocha

Nascimento: 28/03/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969253875

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Felype Santos Garcia

Nascimento: 19/09/1987

Sexo: Masculino

CPF: 123.230.897-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980106681

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernandao Ferreira de Moraes

Nascimento: 29/07/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964084768

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando Aleixo Gomes

Nascimento: 07/03/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970169667

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando da Costa Fernandes

Nascimento: 08/07/1991

Sexo: Masculino

CPF: 139.269.077-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980484602

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando da Silva

Nascimento: 06/05/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979769786

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Fernando da Silva

Nascimento: 22/02/1962

Sexo: Masculino

CPF: 741.622.257-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35511560/988588708

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ciso ( Mariana Lobo )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando da Silva

Nascimento: 15/12/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981572857

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando de Barros

Nascimento: 03/02/1982

Sexo: Masculino

CPF: 103.438.207-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964113817

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando de Freitas Gama

Nascimento: 08/10/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33777794-976013070

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando de Lucena

Nascimento: 10/11/1986

Sexo: Masculino

CPF: 112.305.047-37

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964706750

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando do Nascimento vieira

Nascimento: 06/04/1990

Sexo: Masculino

CPF: 119.144.107-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985532677

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Fernando Lopes Rezende

Nascimento: 17/01/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984055678

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando Martins de Oliveira

Nascimento: 05/07/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987786456

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando Paiva Ramos

Nascimento: 10/08/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987813230

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando Pereira da Silva

Nascimento: 02/01/2005

Sexo: Masculino

CPF: 196.270.057-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964812071

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Thiago Felipe J. dos Santos

Carteira:

Resp. Fin.: Michele Lima Pereira

CPF Resp.Fin.: 119.780.097-20

**Nome:** Luiz Fernando Prado de Oliveira

Nascimento: 10/03/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974945758

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando Rocha da Silva

Nascimento: 20/05/1987

Sexo: Masculino

CPF: 124.739.277-58

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980767485

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Fernando Santos de Oliveira

Nascimento: 17/07/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36850502

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando Santos de Oliveira

Nascimento: 17/07/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976194052

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Fernando Vieira da Silva

Nascimento: 30/06/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969401886

E-Mail:

Alerta Médico: Paciente disse que já fez o pagamento na clínica.

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Ferreira da Silva

Nascimento: 21/02/1957

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973238915

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Filipe Alves

Nascimento: 07/05/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34094656

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Gleissiane Oliveira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Filipe de Almeida Thomaz

Nascimento: 24/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974365935

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Gabriel Pereria de Lima

Nascimento: 25/08/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968741542

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Gabriel Silva de Siqueira

Nascimento: 21/08/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33770481

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Virginia Cabral Hatano

Carteira:

Resp. Fin.: Marcilea Barbosa Rodrigues da Silva

CPF Resp.Fin.:021.691.147-85

**Nome:** Luiz Gomes Sa Junior

Nascimento: 01/10/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983943365

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Guilherme de Moura Forte

Nascimento: 06/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968346088

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Guilherme Dias Alves

Nascimento: 20/05/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964522589

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Guilherme Moura da Cruz Pereira

Nascimento: 09/09/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974335037 / 25526766

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Amanda Amorim Gomes Santos

CPF Resp.Fin.:141.903.267-47

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Guilherme Souza Gonzaga

Nascimento: 29/06/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970255030

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Gustavo de Souza Ferreira

Nascimento: 24/10/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986091817

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Gustavo de Souza Freitas

Nascimento: 17/10/1982

Sexo: Masculino

CPF: 089.705.377-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970336945

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Gustavo dos Santos

Nascimento: 27/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976106124

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Gustavo Gonçalves Correia

Nascimento: 18/09/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994213461

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Mozart Ribeiro Correia

CPF Resp.Fin.:329.950.087-20

**Nome:** Luiz Gustavo Oliveira dos Santos

Nascimento: 22/09/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975336876

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Gustavo Ovidio Kinup

Nascimento: 22/06/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965581281

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Gustavo Ribeiro do Imperio

Nascimento: 15/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988534541

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz gustavo Ribeiro do Imperio

Nascimento: 15/07/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33166022

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Gusthavo Lopes de Melo

Nascimento: 28/04/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990902049

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique Alves de Souza

Nascimento: 14/04/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987044513

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique Batista Xavier

Nascimento: 19/04/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979470543

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Henrique Bentim de Souza

Nascimento: 25/11/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34036225

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique Conceição

Nascimento: 08/08/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968742024

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique Costa Guerra

Nascimento: 27/08/1971

Sexo: Masculino

CPF: 011.848.787-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31557521

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique Cruz de Oliveira

Nascimento: 29/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97966-1337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique da Silva dos Santos

Nascimento: 21/09/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33141655-968473158

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique de Oliveira Costa

Nascimento: 06/07/1981

Sexo: Masculino

CPF: 098.610.637-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964662063

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Henrique de Oliveira Miranda

Nascimento: 21/08/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27991874

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique dos Santos

Nascimento: 15/10/1990

Sexo: Masculino

CPF: 060.999.907-98

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970213785

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique Medeiros Lima

Nascimento: 16/02/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970819879

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique Moraes Vieira

Nascimento: 08/04/1983

Sexo: Masculino

CPF: 104.863.747-69

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987759810

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique Nunes Lemos Oliveira

Nascimento: 13/10/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982797351

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Henrique Sant Ana Pavao

Nascimento: 15/03/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35515918

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Henrique Seraphini Rosa

Nascimento: 15/08/1985

Sexo: Masculino

CPF: 109.898.077-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980782781

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** LUiz Henrique Souza Costa

Nascimento: 14/01/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964796036

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Humberto Brites de Andrade

Nascimento: 30/09/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974790377

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Luan da Silva Moreira

Nascimento: 23/10/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965472335

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Luan da Silva Moreira

Nascimento: 23/10/1993

Sexo: Masculino

CPF: 157.267.047-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34049773/972327555

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Luan da Silva Moreira

Nascimento: 23/10/1983

Sexo: Masculino

CPF: 157.267.047-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987202831

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luiz Manoel dos Santos		
Nascimento:	24/05/1989	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964858669	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Mateus Barbosa da Silva		
Nascimento:	18/12/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965906207	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Mateus de Souza Barbosa		
Nascimento:	28/02/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993870526	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Matheus Farias		
Nascimento:	05/11/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983327970	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Carolina Leite	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Maurico da Silva Andrade		
Nascimento:	13/04/1965	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979291463	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Mendonça Cabral da Luz		
Nascimento:	06/06/1994	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	151.003.927-97
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	96429-2562	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Mendonça Cabral da Luz

Nascimento: 06/06/1994

Sexo: Masculino

CPF: 151.003.927-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964292562

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Michel Pereira da Silva

Nascimento: 28/07/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21990794529

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Miguel Tome

Nascimento: 27/02/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986424404

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Miguel Vieira Wingler

Nascimento: 25/02/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993195723

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Nathan L . de Andrade

Nascimento: 15/04/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989336331

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Nathan Liboreiro de Andrade

Nascimento: 15/04/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989336331

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Otavio Nunes

Nascimento: 11/09/2018

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970365925

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Paulo Bomfim Clemente

Nascimento: 02/11/1995

Sexo: Masculino

CPF: 156.304.317-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968214263

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Paulo Chaves Ventura

Nascimento: 29/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984610529

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** luiz paulo chaves ventura

Nascimento: 29/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976016962/973991853

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Paulo Chaves Ventura

Nascimento: 29/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976016962

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Cristiane Chaves Ventura

CPF Resp.Fin.:051.897.657-25

**Nome:** Luiz Paulo Conceição Silva

Nascimento: 16/07/1996

Sexo: Masculino

CPF: 141.570.727-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986593224

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luiz Paulo da Luz Silva		
Nascimento:	24/10/1974	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33161190-988474258	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Andressa de Andrade Guedes	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Paulo Godnhofr		
Nascimento:	27/04/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	135.833.867-10
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993096874	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Nathalia Andrade (8fts)	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Paulo Landes da Silva		
Nascimento:	02/05/1985	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	113.746.457-70
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	23013224-974040073	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Paulo Soares		
Nascimento:	22/08/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983651666	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Impirmir a panorâmica	E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Paulo Soares Gomes		
Nascimento:	10/12/1990	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986525435	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiz Phellipe Ferreira da Costa Coelho		
Nascimento:	26/05/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	175.432.607-27
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964235796	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiz Philippe de Souza Oliveira

Nascimento: 28/03/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990939395

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Phillipi Santos Conceição

Nascimento: 01/04/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 978798851

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Renato Silva

Nascimento: 01/01/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Roberto Rodrigues dos Santos

Nascimento: 23/05/1958

Sexo: Masculino

CPF: 591.559.147-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990113932

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Sergio da Costa

Nascimento: 12/01/1969

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997660063

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiz Sergio Rocha

Nascimento: 13/08/1958

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996485561

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luiz Soares de Araujo			
Nascimento:	16/04/1948	Sexo:	Masculino	CPF: 273.346.607-06
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	33943594			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Luiz Tadeu Suzano Castor			
Nascimento:	12/10/1978	Sexo:	Masculino	CPF: 051.957.987-96
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	986093398			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Luiz Victor da Costa Alves			
Nascimento:	17/07/2008	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	966477915			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Instituto do Dente			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Luiza Beatriz Alves Costa			
Nascimento:	05/06/2002	Sexo:	Feminino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	988200665			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Instituto do Dente			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Luiza Beatriz Bittencourt			
Nascimento:	24/04/1981	Sexo:	Feminino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	967223213			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Luiza Carvalho Silva			
Nascimento:	24/04/1989	Sexo:	Feminino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	33772146			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiza Cerqueira Tome de Souza

Nascimento: 07/01/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97191-7698

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Chaves Barcellos

Nascimento: 27/06/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992436502

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Cristiane Isaias de Barros

Nascimento: 13/07/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34890623

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza da Silva Felipe

Nascimento: 22/01/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967172639

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza da Silva M. Lima

Nascimento: 16/09/2004

Sexo: Feminino

CPF: 054.767.587-98

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982113418

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza da Silva Magalhaes

Nascimento: 24/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35989302-988544028

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luiza de Souza Cirilo		
Nascimento:	24/08/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	975047932 / 34068703	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Mery Vetiele Alves de Souza	CPF Resp.Fin.:	117.009.237-30
<b>Nome:</b>	Luiza Del Castilho		
Nascimento:	16/10/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964225106	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiza Dias Guilherme		
Nascimento:	23/02/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	973934499/ 34240290	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Carolina Dias Tobias	CPF Resp.Fin.:	152.585.467-48
<b>Nome:</b>	Luiza Diniz de Moura		
Nascimento:	03/08/2012	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24090341 / 967120519	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Elijane Diniz	CPF Resp.Fin.:	112.172.617-88
<b>Nome:</b>	Luiza dos Santos Fernandes		
Nascimento:	18/12/1947	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:		E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clinica L V - Lilian Vasques	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luiza Duarte Giozeffe		
Nascimento:	23/02/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34068059	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiza Eduarda dos Santos

Nascimento: 22/09/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994730319

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Farias Dura do Carmo

Nascimento: 12/06/2001

Sexo: Feminino

CPF: 116.545.817-98

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987531230

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Fernanda Molena de Resende

Nascimento: 08/03/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980252072

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Policlínica Britânica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Ferreira de Deus Barreto

Nascimento: 15/12/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986476847

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Helena Nogueira do Rosario

Nascimento: 17/07/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986834134

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Helena Ximenes Cordeiro

Nascimento: 18/11/1996

Sexo: Feminino

CPF: 162.268.617-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34033995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiza Jandre Decottignies

Nascimento: 08/03/1995

Sexo: Feminino

CPF: 149.970.287-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34263063

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Ketlyn dos Santos Ferreira

Nascimento: 12/09/1995

Sexo: Feminino

CPF: 147.291.827-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24118613 / 986300088

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Macedo de Souza

Nascimento: 18/07/2012

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995568298

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Juliana Macedo

CPF Resp.Fin.: 118.652.917-22

**Nome:** Luiza Marcia Chaves de Alencar Mota

Nascimento: 29/06/1968

Sexo: Masculino

CPF: 888.877.237-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980899266

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Marcia Chaves de Alencar Mota

Nascimento: 29/06/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980899266 31436263

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Martins dos Santos

Nascimento: 30/01/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24673419-988324879

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luiza Paula de Lima Silva

Nascimento: 27/06/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983614920

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Pinheiro Carvalho

Nascimento: 13/02/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985063305

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Vieira dos Santos

Nascimento: 08/10/1952

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31086822

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Vitoria da R. G. Joquim da Silva

Nascimento: 17/12/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34037650

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luiza Yasmim Fernandes dos Santos

Nascimento: 18/01/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971249380

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luize de Moraes

Nascimento: 25/07/1996

Sexo: Feminino

CPF: 160.366.697-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964708127

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luka Armani Nafra

Nascimento: 24/03/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9955279964

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lukas de Albuquerque e Silva

Nascimento: 07/10/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989066251

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lukas de Pontes Dantas

Nascimento: 01/07/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964034820

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lukas de Sousa Laurentino

Nascimento: 10/04/1995

Sexo: Masculino

CPF: 159.026.807-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33133703 / 965956189

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lukas Matheus de Oliveira Moura

Nascimento: 30/06/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992490470

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lukas Vieira Martins

Nascimento: 10/03/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974533389

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Fernanda Ribeiro Vieira

CPF Resp.Fin.: 102.238.317-51

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luma de Mello Rodrigues

Nascimento: 19/01/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971791011

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luma de Oliveira Gonçalves

Nascimento: 05/07/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969531284

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luma Gonçalves Baptista de Leao

Nascimento: 01/09/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24061358-988561358

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luma Lessa Noronha

Nascimento: 03/05/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966082508

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luma Martins Silva

Nascimento: 03/01/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33942797-994532569

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: CH Odonto

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lumiar Braga Brito

Nascimento: 03/02/2000

Sexo: Feminino

CPF: 183.531.297-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 7743-9064

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luna da Silva Ferreira		
Nascimento:	27/02/2009	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24062765	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luna Octaviano de Araujo Dias		
Nascimento:	05/12/2008	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	96542-8338	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lurdiana da Silva Sampaio		
Nascimento:	23/11/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979108612	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lusielle Laves da Silva Vitoriano		
Nascimento:	10/10/1986	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	112.881.547-80
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	996737960	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lusineide Miguel Bezerra Ramos		
Nascimento:	29/04/1983	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33098276	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luyis Gustavo Barbosa Teixeira		
Nascimento:	28/06/1985	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luzanira Alves da Silva

Nascimento: 12/05/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36053863

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzemberg ferreira do Nascimento

Nascimento: 22/08/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975405041

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzia Alves dos Reis

Nascimento: 10/01/1975

Sexo: Feminino

CPF: 106.236.087-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24132413

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzia Aparecida Jose N. da Silva

Nascimento: 14/04/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41076329

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzia Claudia P. de S. Rodrigues

Nascimento: 15/05/1971

Sexo: Feminino

CPF: 072.562.867-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993661089

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Thiago Felipe J. dos Santos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzia de Medonça Esteves

Nascimento: 25/11/1972

Sexo: Feminino

CPF: 033.356.617-37

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987511114

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luzia Paula da Silva Teixeira

Nascimento: 13/12/1950

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24114866

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzia Sandra de Oliveira Antunes

Nascimento: 02/01/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzia Vieira Costa

Nascimento: 28/10/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988204256

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luziane Menezes de Oliveira

Nascimento: 23/02/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luziane Menezes de Oliveira

Nascimento: 23/02/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988856492

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luziane Rosa Oliveira

Nascimento: 13/12/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970853771

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Luziene da Silva

Nascimento: 29/09/1953

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luziete Machado da Silva

Nascimento: 07/08/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986888569

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzimar Albuquerque de Moura

Nascimento: 14/09/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969632170

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzinete Cardoso de Oliveira

Nascimento: 10/04/1972

Sexo: Feminino

CPF: 020.368.347-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987248933

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzinete Fernandes Ribeiro

Nascimento: 16/10/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969466608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Luzinete Matias Maia Ribeiro

Nascimento: 03/03/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33643945

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Luzinete Pereira da Rocha Ferreira		
Nascimento:	12/12/1978	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983635858	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Val	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luzinete Pereira Jose		
Nascimento:	02/03/1973	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	026.141.927-75
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	995013350 / 24108238	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Luzinete Silva dos Santos		
Nascimento:	03/04/1969	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976279892	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lydiane Crystini Elisio Santana		
Nascimento:	24/10/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981856653	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lydimara Lamarca Ennes Drumond		
Nascimento:	27/02/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	073.843.346-24
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981584989	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Entregar no end: Rua Viuva dantas 214 Sala 308/309	E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Lydimara Lamarca Ennes Drumond		
Nascimento:	27/02/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981584989	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Lylha de Souza Jardim Pereira

Nascimento: 09/09/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973656003

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lymyk Carlos dos Santos

Nascimento: 30/04/1996

Sexo: Masculino

CPF: 169.275.937-05

Logradouro: Rua Monoel Machado de Oliveira

Número: 28

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 973929218

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Facilitente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lyon Marques Lovato

Nascimento: 28/12/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964166654

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Lyones Vila Noa Belham

Nascimento: 24/02/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33945393

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** mabia felicidade brito

Nascimento: 07/04/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 92270460/

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: josefa julvania felicidade

CPF Resp.Fin.:010.911.417-54

**Nome:** Macelin Joseph

Nascimento: 16/08/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969277514

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Macelle Cristina Neves Ramos

Nascimento: 13/08/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23942757-981055452

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maciel Henrique Silva dos Santos

Nascimento: 07/11/1985

Sexo: Masculino

CPF: 056.603.207-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964357737

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maciel Luis dos Santos

Nascimento: 04/06/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987275738

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maciele Freitas Furtado

Nascimento: 06/08/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966091093

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mackson Silva Afonso dos Santos

Nascimento: 23/03/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997138848-987728716

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.: Marcio Afonso

CPF Resp.Fin.:010.518.507-89

**Nome:** Madalena Monteiro

Nascimento: 02/08/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24105569 / 987671993

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Magali Fernanda de S. G. da Silveira		
Nascimento:	08/09/1973	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33640877	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Magali Welbert da Paixão		
Nascimento:	27/09/1972	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:		E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Magaly Montenegro dos Santos		
Nascimento:	28/09/1949	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	200.573.187-00
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	996194997	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Magda Benedito Brito Rodrigues		
Nascimento:	15/06/1983	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	986687327	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Magno de Castro Lopes		
Nascimento:	22/04/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	983324657	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Magno de Castro Lopes		
Nascimento:	22/04/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	965653316	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Magno de Castro Lopes

Nascimento: 22/04/1997

Sexo: Masculino

CPF: 162.868.187-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 93324657

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Magno de Souza Silva

Nascimento: 06/02/1969

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964997347

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Magno Lopes Caldas

Nascimento: 06/02/1991

Sexo: Masculino

CPF: 136.391.467-78

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9885523131 / 987182001

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Magno Martins da Silva

Nascimento: 19/08/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34268775

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Magno Martins Lima

Nascimento: 20/09/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989668514

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maguinolia Moreira Vieira

Nascimento: 20/02/1944

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24061454

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mahiene de Araujo Nogueira

Nascimento: 28/10/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974502397

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maiara Alves dos Santos

Nascimento: 09/08/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964626423

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.: Lucimar Alves Alede dos Santos

CPF Resp.Fin.:000.604.017-96

**Nome:** Maiara Barros dos Santos

Nascimento: 12/05/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970020568

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maiara Cristina Assis de Souza

Nascimento: 19/06/1997

Sexo: Feminino

CPF: 168.706.537-39

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993049353

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maiara Cristina Paraíso da Silva

Nascimento: 14/11/1992

Sexo: Feminino

CPF: 109.724.297-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33540895

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maiara da Guia Martins

Nascimento: 24/11/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 90602573

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maiára da Silva de Paula

Nascimento: 06/02/1998

Sexo: Feminino

CPF: 172.652.897-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 793785480

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maiara da Silva Ribeiro

Nascimento: 03/12/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966975785

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maiara da Silva Tito

Nascimento: 22/01/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971686244

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maiara de Souza B. Assis

Nascimento: 20/08/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983143215

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maiara Dias Maranhao de Jesus

Nascimento: 05/06/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983097629

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maiara Dias Maranhao de Jesus

Nascimento: 05/06/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983097629

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maiara Ferreira Torres		
Nascimento:	09/01/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964912960	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Cintia dos Anjos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maiara Julia da Silva Alves		
Nascimento:	11/12/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31085081-976071609	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maiara Lorrane Correia da Silva		
Nascimento:	19/09/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975404036	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maiara Lucia Gomes Perciano de Oliveira		
Nascimento:	25/03/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24139329-997152503	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maiara Martins de Azevedo		
Nascimento:	21/12/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	157.924.347-94
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	97644-5366	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maiara Medeiros Pinho		
Nascimento:	30/09/1988	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Rua Alto Parnaíba	CPF:	133.998.427-08
Bairro:	Campo Grande	Número:	992 Complemento:
Telefones:	30922658	CEP:	23.01521 UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	pliniomay@yahoo.com
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maiara Oliveira Mendes		
Nascimento:	10/02/1993	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	148.528.077-01
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33955630	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Espaço Sorrir / Estação Sorrir	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maiara Oliveira dos Santos		
Nascimento:	16/04/1989	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975336876	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maiara Pinho dos Santos		
Nascimento:	27/06/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976063753	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maiara Santos de Oliveira		
Nascimento:	29/04/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	148.550.907-60
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981491574	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maiccon Gustamo Fernandes		
Nascimento:	23/12/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	182.211.507-89
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24117907-994761377	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maicon Erce da Silva		
Nascimento:	26/09/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	982947556	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maicon Aguiar Lira Silva		
Nascimento:	03/03/1984	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964247934	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maicon Antony Pereira da Fonseca Barros		
Nascimento:	18/02/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34023775-987276078	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maicon Bagado Cirilo		
Nascimento:	15/11/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970477994	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maicon Bogado Cirilo		
Nascimento:	15/11/1991	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970477994	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maicon Borba da Conceição		
Nascimento:	06/05/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	996188174	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 1	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maicon da Silva Martins		
Nascimento:	20/11/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991169626	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amo Odonto	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maicon da Silva Moraes Santos

Nascimento: 14/03/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993113211

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon do Nascimento Pacheco

Nascimento: 10/09/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996176295

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon dos Mercês Leite

Nascimento: 12/06/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968824607

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon dos Santos

Nascimento: 17/04/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964242498

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Douglas Gangorra dos Santos

Nascimento: 01/10/1993

Sexo: Masculino

CPF: 141.488.087-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966634206

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Douglas Rodrigues de Souza

Nascimento: 15/03/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24177098

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maicon Florindo Lima

Nascimento: 21/08/1989

Sexo: Masculino

CPF: 136.895.167-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994012181

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Freitas Feliciano

Nascimento: 31/01/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Número:

Complemento:

Logradouro:

CEP:

UF:

Bairro:

Cidade:

E-Mail:

Telefones: 968067350-966954854

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Gomes Dutra

Nascimento: 27/12/1976

Sexo: Masculino

CPF: 074.997.357-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964484985

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Guedes Gomes

Nascimento: 02/09/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Número:

Complemento:

Logradouro:

CEP:

UF:

Bairro:

Cidade:

E-Mail:

Telefones: 965871271

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Hudson Souza de Almeida

Nascimento: 25/10/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Número:

Complemento:

Logradouro:

CEP:

UF:

Bairro:

Cidade:

E-Mail:

Telefones: 994157483

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Jesus de Araujo

Nascimento: 04/05/1973

Sexo: Masculino

CPF: 020.595.757-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34494959

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maicon Jose de Paula Coelho de Souza

Nascimento: 16/06/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Marinho Barros

Nascimento: 11/03/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986057110

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Marvila Miranda

Nascimento: 15/08/1995

Sexo: Masculino

CPF: 137.660.397-76

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969742725

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Moraes dos Santos

Nascimento: 15/06/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98529-4692

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Junior 02

Carteira:

Resp. Fin.: Catia Chaves Corrêa

CPF Resp.Fin.:025.977.917-26

**Nome:** Maicon Neponuceno Carlos

Nascimento: 01/02/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964266630

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Oliveira de Assis

Nascimento: 16/09/1991

Sexo: Masculino

CPF: 140.493.297-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981235384

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maicon Rosa da Silva

Nascimento: 14/10/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31562981-969007446

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Santana Mendonça

Nascimento: 01/07/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970301782

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Souza Leite

Nascimento: 30/06/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990280064

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Teixeira da S. Pereira

Nascimento: 04/05/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995035920

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Tiago de Jesus

Nascimento: 01/03/1990

Sexo: Masculino

CPF: 108.619.276-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998667293

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maicon Toledo M. Cunha

Nascimento: 06/09/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992191096

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maicondoglas Rodrigues de Souza

Nascimento: 15/03/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973631325

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maila Ferreira da Silva

Nascimento: 13/08/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97844207

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Sílvia da Silva Ferreira

CPF Resp.Fin.: 126.006.577-46

**Nome:** Maila Mattos Porto

Nascimento: 04/10/1984

Sexo: Feminino

CPF: 106.431.357-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998370418

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mailine Luciano da Silva

Nascimento: 28/10/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999196728

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maina Laiune Santos

Nascimento: 05/05/1979

Sexo: Feminino

CPF: 057.160.267-37

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969082238

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maioni Ramon Lima da Silva

Nascimento: 06/11/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974665652

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maique Silva de Carvalho

Nascimento: 03/03/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976472636

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maira Carla da Silva Teixeira

Nascimento: 05/03/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979997353

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maira da Costa Francisco Dias

Nascimento: 12/12/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974500709

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maira da Silva de Oliveira

Nascimento: 18/07/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981506301

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Gonçalves

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maira de Carvalho Cezar

Nascimento: 26/04/1989

Sexo: Feminino

CPF: 126.505.647-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981736196

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maira Mery Rafero

Nascimento: 09/12/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975356814

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** mairone gonçalves cunha

Nascimento: 14/12/1993

Sexo: Feminino

CPF: 160.663.827-05

Logradouro: av cesario de melo

Número: 9200

Complemento:

Bairro: campo grande

Cidade: rio de janeiro

CEP:

UF: EJ

Telefones: 964254514

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mairynne Oliveira da Silva

Nascimento: 23/03/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33643488

E-Mail:

Alerta Médico: Pan na hora

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maisa Costa Fonseca

Nascimento: 07/01/1991

Sexo: Feminino

CPF: 139.340.447-27

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964868958

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maite Andrade Lustosa

Nascimento: 16/09/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980089559

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maite Sabrine Paulino

Nascimento: 19/03/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970157422

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maiza Silva de Andrade

Nascimento: 05/02/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965188128

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maiza Silva de Andrade

Nascimento: 05/02/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983400980

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Malka Rubia Patricia R. B. dos Santos

Nascimento: 15/04/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970462333

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Malu Ribeiro Vale

Nascimento: 16/12/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964424801

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Carlos Coelho Neto

Nascimento: 28/03/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973705155

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Correa do Espirito Santos

Nascimento: 29/09/1968

Sexo: Masculino

CPF: 001.231.747-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967012072

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel da Costa

Nascimento: 03/10/1947

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24185444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Manoel de Lima Marques

Nascimento: 02/04/1960

Sexo: Masculino

CPF: 907.342.037-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995710039

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Francisco da Silva Neto

Nascimento: 23/08/1956

Sexo: Masculino

CPF: 440.899.297-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987291459

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Francisco da Silva Neto

Nascimento: 28/08/1965

Sexo: Masculino

CPF: 849.257.017-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24136527-989166527

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Lins Camelo

Nascimento: 19/07/1954

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Marcelo P. dos Santos

Nascimento: 06/03/1977

Sexo: Masculino

CPF: 053.712.947-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 960168738

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Crislaine Ranquine

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Maximo Filho

Nascimento: 10/11/1949

Sexo: Masculino

CPF: 415.472.337-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24117729

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Manoel Olegario Filho

Nascimento: 10/12/1962

Sexo: Masculino

CPF: 730.976.087-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24116853

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Pedro da Silva Neto

Nascimento: 26/10/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970315700

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Pereira Cruz

Nascimento: 16/04/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994228112

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Tiago de Souza da C. Camacho

Nascimento: 17/11/1989

Sexo: Masculino

CPF: 138.260.527-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24194082 / 998455906

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoel Tiago de Souza da Costa Camacho

Nascimento: 17/11/1989

Sexo: Masculino

CPF: 138.260.527-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998455906

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** manoel zeno da silva

Nascimento: 20/06/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992853364

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Manoela Alexandra do Nascimento Ferreira

Nascimento: 09/08/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964284603 / 964284604

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoela Brites Lessa

Nascimento: 20/10/2012

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994584300

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoela da Silva F. de Jesus

Nascimento: 22/05/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33148391

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoela Fernandes Mariano

Nascimento: 16/01/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27993489

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoela Neves Ferreira dos Santos

Nascimento: 05/02/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980554219

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoela Victoria Lima Fernandes

Nascimento: 23/06/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970200982

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Manoelino Sousa Santos

Nascimento: 30/05/1986

Sexo: Masculino

CPF: 123.883.077-32

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981524875

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manoella Aparecido Cassimiro Vieira

Nascimento: 14/09/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985690153

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuel Angelo dos Santos Moreira

Nascimento: 22/07/1991

Sexo: Masculino

CPF: 130.310.597-78

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980863904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuel Angelo dos Santos Moreira

Nascimento: 22/07/1991

Sexo: Masculino

CPF: 130.310.597-78

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980863904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuel Antonio de Oliveira

Nascimento: 07/08/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991439086

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** MANUEL COSTA DE REZENDE

Nascimento: 21/08/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: RUA ANDRE TEMUDO

Número: 178

Complemento:

Bairro: SANTISSIMO

Cidade: RIO DE JANEIRO

CEP:

UF: RJ

Telefones: 24046791/ 980135482

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: ALINE REIS DA COSTA

CPF Resp.Fin.:094.248.417-79

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Manuel Costa de Rezende

Nascimento: 21/08/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975718422

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuel da Rocha Oliveira

Nascimento: 02/06/1944

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999133924

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuel Portela Barros

Nascimento: 03/08/1958

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34263456

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela Alcantara Dias

Nascimento: 24/10/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35860455

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela Andrade Silva

Nascimento: 01/05/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969835678

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela Austieres Mateini de Oliveira

Nascimento: 07/02/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996650422

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Manuela da Silva Barcelos

Nascimento: 16/05/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35995921-966045717

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela Dantas Leitaõ Sa

Nascimento: 19/04/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964176930

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Jorge Luis Lopes Sa

CPF Resp.Fin.:957.394.167-87

**Nome:** Manuela de Azevedo Barbosa

Nascimento: 11/03/2013

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31558584

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela de Freitas Silva

Nascimento: 27/09/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 2682-6628

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela de Souza Gonçalves

Nascimento: 30/07/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972904451

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela Monte da Cruz

Nascimento: 29/01/2001

Sexo: Feminino

CPF: 176.714.907-76

Logradouro: Estrada da Posse 3405 BI 04 APT 408

Número:

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janiero

CEP:

UF: RJ

Telefones: 34490408/ 969926710

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Manuela Nunes dos Santos de Andrade

Nascimento: 16/03/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33773625

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela os Santos Moragas

Nascimento: 18/12/2006

Sexo: Masculino

CPF: 159.529.827-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995595529

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela Pereira Gomes

Nascimento: 06/03/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964709636

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela Rodrigues Cardoso

Nascimento: 04/08/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994994884

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuela Vitoria Duarte Guimaraes Vieira

Nascimento: 29/03/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31593651

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuella da Silva Araujo

Nascimento: 09/03/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980866237

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Manuella de Miranda Lima

Nascimento: 13/08/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980513414

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuella Guimaraes Kienteca

Nascimento: 24/08/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988698602

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuella Iath Nascimento de Moura

Nascimento: 19/10/2004

Sexo: Feminino

CPF: 204.937.587-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967199797

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuella Rosario Dantas

Nascimento: 13/03/2014

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986853909

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuelle Araujo Monteiro

Nascimento: 06/11/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997685009

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuelle Cristina Araujo

Nascimento: 06/05/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989452306

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Manuelle Lima Paiva

Nascimento: 05/10/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965252951

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimir Pan

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Manuely Alves Balbino

Nascimento: 19/03/2012

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982091943

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maori Luiz Pereira

Nascimento: 13/07/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974911304

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maquilaine Batista da Silva

Nascimento: 18/03/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maquilaine Batista da Silva

Nascimento: 18/03/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968986089

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mara Cristina de Azevedo Fonseca

Nascimento: 17/05/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24169203

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mara Cunha Barreto da Silva

Nascimento: 16/10/1991

Sexo: Feminino

CPF: 132.506.267-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969523771

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mara Elizabeth Machado Barbosa

Nascimento: 27/12/1952

Sexo: Feminino

CPF: 008.624.037-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34037831

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mara Leticia de Andrade Rodrigues

Nascimento: 22/12/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982932518

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mara Lucia Rodrigues Moraes

Nascimento: 17/12/1987

Sexo: Feminino

CPF: 133.099.847-29

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964164420 / 37823370

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mara Regina Macedo do Couto

Nascimento: 22/06/1986

Sexo: Feminino

CPF: 115.328.507-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964396968

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mara Valeria Pereira

Nascimento: 14/04/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97304-3842

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maraisa Oliveira Santos		
Nascimento:	23/03/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33942761	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maraisa Vieira da Silva Souza		
Nascimento:	04/10/1988	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	125.500.237-90
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985205185	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maraiza de Moraes França		
Nascimento:	22/02/1984	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964361997	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maraysa de Oliveira Cardoso		
Nascimento:	16/11/1993	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	39811068	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcel Barbosa de Macedo		
Nascimento:	20/03/1983	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983926232	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Cristina Fourny	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcel Rodrigues Campos do Nascimento		
Nascimento:	19/04/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986816326	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 1	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcela Alves da Silva De Souza

Nascimento: 18/06/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Alves Marti8nho

Nascimento: 02/09/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Antunes Costa

Nascimento: 09/03/1989

Sexo: Feminino

CPF: 121.114.197-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974993939

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Aparecida da Silva

Nascimento: 21/08/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964047686

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Carina Lima Ferreira

Nascimento: 06/08/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988321240

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Carvalho de Oliveira

Nascimento: 23/11/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999496552

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcela Conceição Cabral

Nascimento: 30/07/1978

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985534754

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Correa Belini

Nascimento: 06/07/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39892566

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Correa Petini

Nascimento: 06/07/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964363013

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Cristina Miranda G. Trindade

Nascimento: 29/08/1991

Sexo: Feminino

CPF: 101.694.067-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971591119

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Cristina Santos Azevedo

Nascimento: 18/05/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982492044

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Cruz de Freitas

Nascimento: 20/07/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988547461

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcela da conceição

Nascimento: 01/03/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela da Cruz S. O. da Silva

Nascimento: 26/01/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24040540

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela da Cruz Souza Oliveira da Silva

Nascimento: 26/01/1990

Sexo: Feminino

CPF: 132.965.367-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986153224 / 24040540

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela da Rosa Duarte

Nascimento: 05/07/1994

Sexo: Feminino

CPF: 165.717.857-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35479602

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela de Albuquerque Baptista

Nascimento: 13/01/1993

Sexo: Feminino

CPF: 158.647.287-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970073132 / 24169135

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela de Melo

Nascimento: 14/08/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31551392-988528669

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcela de Paula Custodio

Nascimento: 22/09/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30499266-993719094

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.: Edna Francisca de Paula

CPF Resp.Fin.:078.620.177-06

**Nome:** Marcela de Sousa e Silva

Nascimento: 23/09/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975951335

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela dos Santos

Nascimento: 02/08/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972126064 / 972887793

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Concebida dos Santos

CPF Resp.Fin.:014.177.727-35

**Nome:** Marcela dos Santos Ramos

Nascimento: 30/11/2000

Sexo: Feminino

CPF: 190.013.007-66

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23941564 - 994971407

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Famadas Palau

Nascimento: 20/06/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996815602

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Feitosa da Silva

Nascimento: 01/02/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39029118-993876076

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcela Gonçalves de Souza

Nascimento: 08/04/1994

Sexo: Feminino

CPF: 060.859.287-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970466684

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Jordana Brasil Namaldonado

Nascimento: 18/05/1982

Sexo: Feminino

CPF: 097.080.927-11

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964172348

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Linhares Walverde Alves

Nascimento: 03/08/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35856606

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Waldemir Walverde Alves

CPF Resp.Fin.:882.102.607-82

**Nome:** Marcela Lourenço de Mendonça

Nascimento: 04/03/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968811073

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Martins Pinto

Nascimento: 18/06/1972

Sexo: Feminino

CPF: 025.924.787-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964377179

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Monsores Silva

Nascimento: 24/06/1989

Sexo: Feminino

CPF: 136.380.317-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993157251 / 991131384

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcela Oliveira Sant Anna

Nascimento: 12/09/1990

Sexo: Feminino

CPF: 139.090.207-20

Logradouro: Est Cachamorra 1115

Número: 115 Complemento: Bl 06 Ap

Bairro: CG

Cidade:

CEP: 23040150 UF: RJ

Telefones: 964974306/

E-Mail: MARCELA.OLIVIERI.S@GMAIL.COM

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Pereira da Silva

Nascimento: 25/01/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 964938251

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Pereira da Silva Cardoso

Nascimento: 26/02/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 980259688

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Priscila da Silva Pereira

Nascimento: 05/07/1985

Sexo: Feminino

CPF: 113.212.597-94

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 986990913

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Rocha da Silva

Nascimento: 05/12/1996

Sexo: Feminino

CPF: 175.362.597-19

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 34097471-979420913

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Santos Silva de Oliveira

Nascimento: 30/07/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 970350372

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcela Soares Rosa

Nascimento: 25/10/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33644306

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Soares Rosa

Nascimento: 25/10/1966

Sexo: Feminino

CPF: 681.405.097-87

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31284549

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Soares Rosa

Nascimento: 25/10/1966

Sexo: Feminino

CPF: 681.405.097-87

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33644306

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcela Souza da Silva

Nascimento: 06/08/1988

Sexo: Feminino

CPF: 148.152.407-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975049954-976864904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Arruda de Oliveira

Nascimento: 26/03/1982

Sexo: Feminino

CPF: 099.561.067-39

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24092973-987302492

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Arruda de Oliveira

Nascimento: 26/03/1982

Sexo: Feminino

CPF: 099.561.067-39

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24092973-987302492

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcele Chaves Costa Aguiar

Nascimento: 15/06/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995960650

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Cristina de Carvalho Albuquerque

Nascimento: 25/12/1988

Sexo: Feminino

CPF: 133.033.717-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33561282 / 989648840

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Fernandes

Nascimento: 07/12/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980896169

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Gomes da Silva

Nascimento: 31/10/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981150187

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Jesuino Pereira

Nascimento: 21/09/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964039673

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Lais Gonzaga de Oliveira

Nascimento: 09/06/1996

Sexo: Masculino

CPF: 150.978.737-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34030344

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcele Martins dos Santos

Nascimento: 25/01/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31583679

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Martins dos Santos Beem

Nascimento: 25/01/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31583679

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Mattos da Silva

Nascimento: 13/11/1993

Sexo: Feminino

CPF: 143.081.107-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34043451

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Melchini de Oliveira

Nascimento: 14/12/1990

Sexo: Feminino

CPF: 139.289.907-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988335758

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Sandres da Silva

Nascimento: 15/04/1995

Sexo: Feminino

CPF: 173.433.907-16

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980651804

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcele Sandres da Silva

Nascimento: 15/04/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980651804

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcele Seara Cardoso		
Nascimento:	20/05/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	37685947 987512203	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Edna Seara da Silva Cardoso	CPF Resp.Fin.:	115.526.997-73
<b>Nome:</b>	Marcele Souza Mario		
Nascimento:	16/09/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964398529	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Cods	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcele Souza Mario		
Nascimento:	16/09/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	970352224	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	Viviane de Castro Souza	CPF Resp.Fin.:	106.413.917-57
<b>Nome:</b>	Marcelene de Albuquerque		
Nascimento:	02/06/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	134.481.047-01
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	973873015	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marceli Honorio da Cruz Rocha		
Nascimento:	17/09/1989	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	123.684.377-03
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	23947606-964304643	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marceli de Carvalho Nogueira		
Nascimento:	16/03/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	146.828.087-29
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24178908-979355175	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcell Reis Magalhaes

Nascimento: 22/08/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975355060

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcélia Cristina Gomes André

Nascimento: 29/12/1984

Sexo: Feminino

CPF: 057.253.817-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975076520

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelino Dias da Silva

Nascimento: 13/09/1973

Sexo: Masculino

CPF: 035.443.947-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971396893

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcella Conceição da Silva

Nascimento: 17/04/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32267631

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcella Cristina Gomes dos Santos

Nascimento: 26/11/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995346201

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcella da Cruz Magalhaes

Nascimento: 11/12/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982935516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcella de S. Vitor Ribeiro

Nascimento: 08/01/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970410084

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcella de Soza da Costa Lima

Nascimento: 28/07/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcella Gomes de Arruda

Nascimento: 01/11/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985594625

E-Mail:

Alerta Médico: Com incisivos

Convênio: Ortho Quality

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcella Ingrid Diniz de Araujo

Nascimento: 10/01/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33149692-971664107

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Consultório Pedra de Guaratiba

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcella Luiza Xavier

Nascimento: 09/08/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993171725

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica Odontológico Sarah

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcella Passos da Silva

Nascimento: 21/06/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994440255

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcella Pimenta Henriques

Nascimento: 12/12/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996807625

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Aquino de Carvalho

Nascimento: 16/12/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986387427

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Bairos Cardoso

Nascimento: 08/08/1983

Sexo: Feminino

CPF: 103.904.667-35

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992033511

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Cardoso Fernandes da Silva

Nascimento: 03/08/1998

Sexo: Masculino

CPF: 127.393.077-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34031341-992918620

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Cristina da Silva

Nascimento: 11/10/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966115217

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Cristina da Silva Domingos

Nascimento: 11/10/1995

Sexo: Feminino

CPF: 127.660.437-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966115217

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelle Cristina Gama da Silva

Nascimento: 09/05/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971060468

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Cristina Gama da Silva

Nascimento: 09/05/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97502-2351

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Maria do Carmo Gama da Silva

CPF Resp.Fin.:073.908.327-97

**Nome:** Marcelle Cristina Gama da Silva

Nascimento: 09/05/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969806834

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Cristina Lopes

Nascimento: 19/04/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968350983

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Daniela Cavalcante dos Santos

Nascimento: 04/02/1998

Sexo: Feminino

CPF: 164.840.097-32

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964694780

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle de Lima Bessa luiz

Nascimento: 05/03/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelle de Melo Nogueira

Nascimento: 11/12/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964692050

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle de Oliveira Mendes

Nascimento: 04/11/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979798721

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle do Silva

Nascimento: 31/12/1990

Sexo: Feminino

CPF: 140.198.647-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981344267

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle dos Santos

Nascimento: 10/03/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979753793

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.: Tatiane Cesar

CPF Resp.Fin.:059.830.837-75

**Nome:** Marcelle Felipe da Costa Menezes

Nascimento: 20/06/2005

Sexo: Feminino

CPF: 163.997.187-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30130103-986548904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Freitas da Silva

Nascimento: 05/02/1987

Sexo: Feminino

CPF: 117.374.167-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987005487 / 984788616

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelle Gomes da Costa

Nascimento: 10/01/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993781242

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Gomes dos Santos

Nascimento: 14/01/1990

Sexo: Feminino

CPF: 137.522.727-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972195273

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Gratos da Costa

Nascimento: 08/09/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964782355

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Maria Da Silva Rocha

Nascimento: 24/03/1996

Sexo: Feminino

CPF: 150.464.047-02

Logradouro: Rua São João

Número: 365

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985010545

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Moitinho da Silva

Nascimento: 12/05/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9363374

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelle Oliveira da Silva de Castro

Nascimento: 30/05/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965633898

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcelle Pereira Ramos		
Nascimento:	12/09/1977	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Rua Eduardo Studart	CPF:	084.055.167-35
Bairro:	Campo Grande	Número:	203
Telefones:	24161077 / 993153887	Complemento:	
Alerta Médico:		CEP:	
Convênio:	Clínica RS	UF:	RJ
Resp. Fin.:		E-Mail:	
<b>Nome:</b>	Marcelle Ravinni		
Nascimento:	14/07/1995	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	
Telefones:	973210309	Complemento:	
Alerta Médico:		CEP:	
Convênio:	Orthopride	UF:	
Resp. Fin.:		E-Mail:	
<b>Nome:</b>	Marcelle Santana de Moura		
Nascimento:	11/04/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	142.276.457-51
Bairro:		Número:	
Telefones:	968414870	Complemento:	
Alerta Médico:		CEP:	
Convênio:	Orthopride	UF:	
Resp. Fin.:		E-Mail:	
<b>Nome:</b>	Marcelle Santos da Silva		
Nascimento:	31/08/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	185.208.547-96
Bairro:		Número:	
Telefones:	971937743	Complemento:	
Alerta Médico:		CEP:	
Convênio:	Clínica RS	UF:	
Resp. Fin.:		E-Mail:	
<b>Nome:</b>	Marcelle Thaina da Silva Rezende		
Nascimento:	07/11/1993	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	144.675.977-60
Bairro:		Número:	
Telefones:	965844928	Complemento:	
Alerta Médico:		CEP:	
Convênio:	Particular	UF:	
Resp. Fin.:		E-Mail:	
<b>Nome:</b>	Marcelle Torres F. Costa		
Nascimento:	25/01/1985	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	
Telefones:	996009637	Complemento:	
Alerta Médico:		CEP:	
Convênio:	Particular	UF:	
Resp. Fin.:		E-Mail:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelli Correa de Souza

Nascimento: 16/08/1986

Sexo: Feminino

CPF: 119.113.257-95

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33163326

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelli Rodrigues Cunha

Nascimento: 10/06/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986384880

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelli Silva dos Santos

Nascimento: 17/03/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970123940

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Julia Joaquim

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelli Silva dos Santos

Nascimento: 17/01/1993

Sexo: Feminino

CPF: 159.234.177-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992407006

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcello Pinto Ribeiro

Nascimento: 27/02/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968965836

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcello Teixeira Ventura

Nascimento: 18/11/1988

Sexo: Masculino

CPF: 058.497.007-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986104261

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcellus da Silva Macedo

Nascimento: 28/12/1989

Sexo: Masculino

CPF: 139.018.297-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97236-6456

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelly Araujo Almeida

Nascimento: 12/06/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24126903-990771579

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelly de Menezes Pereira

Nascimento: 07/05/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981947706

E-Mail: vanessinha-cg@hotmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Vanessa dos Anjos de Menezes

CPF Resp.Fin.:099.813.547-08

**Nome:** Marcelly dos Santos

Nascimento: 09/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983528113

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Janaina dos Santos Silva Lima

CPF Resp.Fin.:073.960.327-25

**Nome:** Marcelly Fernandes dos Santos

Nascimento: 07/06/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985064554

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelly Freitas da Silva

Nascimento: 13/09/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994259078

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcelly Freitas da Silva		
Nascimento:	13/09/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994259078	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelly Guanabara da Silva		
Nascimento:	24/09/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	30461064 / 976927453	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelly Massoleni Marcolan		
Nascimento:	21/02/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33165360-985960612	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelly Meireles		
Nascimento:	13/03/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34091286	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelly Rocha Antonio		
Nascimento:	24/04/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Rosane Rocha Antonio	CPF Resp.Fin.:	077.262.327-90
<b>Nome:</b>	Marcelly Santana de Araujo		
Nascimento:	09/01/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	973616530	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelly Ventura Campos

Nascimento: 30/11/1986

Sexo: Feminino

CPF: 123.761.127-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24163880

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Acantara da Cunha

Nascimento: 21/09/1977

Sexo: Masculino

CPF: 089.105.727-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974127521

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Alves da Silva

Nascimento: 28/10/1998

Sexo: Masculino

CPF: 177.156.817-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974013222-973014475

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Alves de Lima

Nascimento: 04/07/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994691478

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Andre Ferreira da Silva

Nascimento: 21/08/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967491419

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Augusto da Rocha

Nascimento: 12/08/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Estrada de Sepetiba

Número: 64 F

Complemento: C 01

Bairro: Sepetiba

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 994158958 / 33172725

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Laurinda Costa da Rocha

CPF Resp.Fin.:069.973.607-26

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Augusto da Silva

Nascimento: 25/09/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984749085

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Augusto Garcia barboza

Nascimento: 20/04/1971

Sexo: Masculino

CPF: 020.650.727-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991544911

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Augusto M. S. dos Santos

Nascimento: 24/09/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 240348570- 976733156

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Barbosa Freitas

Nascimento: 08/01/1996

Sexo: Masculino

CPF: 165.663.177-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966989890

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Bastos Glod

Nascimento: 11/02/1970

Sexo: Masculino

CPF: 011.523.347-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34691969

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Botelho de Azevedo

Nascimento: 24/12/1973

Sexo: Masculino

CPF: 035.594.847-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973223782

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Brito Lourenço

Nascimento: 16/08/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987875326

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Cardoso Gonçalves Moreira

Nascimento: 05/02/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971915338

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Cardoso Gonçalves Moreira

Nascimento: 05/02/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971915338

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Carvalho Fagundes

Nascimento: 06/12/1968

Sexo: Masculino

CPF: 002.781.967-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981737408

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Correa Benevides

Nascimento: 04/05/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33958791 / 984732712

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Costa da Silva Junior

Nascimento: 01/06/1988

Sexo: Masculino

CPF: 131.666.427-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983563908

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Costa da Silva Junior

Nascimento: 01/06/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983563908

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Costa de Castro

Nascimento: 05/05/1974

Sexo: Masculino

CPF: 068.429.677-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24137411

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Costa dos Santos

Nascimento: 19/01/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964595499

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Cypriano de Araujo

Nascimento: 13/02/1970

Sexo: Masculino

CPF: 021.696.847-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994670371

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da C. Ribeiro

Nascimento: 07/01/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981372961

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da Conceição Miranda Matias

Nascimento: 07/02/2012

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34063806

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo da Costa Rodrigues

Nascimento: 28/07/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967675902

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da Cruz souza

Nascimento: 17/05/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964100641

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da Paixão Aguiar

Nascimento: 06/07/1971

Sexo: Masculino

CPF: 023.487.077-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999398913

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da Silva

Nascimento: 12/10/1983

Sexo: Masculino

CPF: 109.098.497-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 77142484

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da Silva Abel

Nascimento: 17/01/1971

Sexo: Masculino

CPF: 012.221.237-11

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da Silva Biloma

Nascimento: 04/06/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 94930939

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo da Silva Filho

Nascimento: 10/06/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988462782

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da Silva Guimaraes

Nascimento: 06/03/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99473-8628

E-Mail: marcelodsg2014@gmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da Silva Lima

Nascimento: 03/04/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991038518

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da Silva Nazario Junior

Nascimento: 20/07/1998

Sexo: Masculino

CPF: 149.053.147-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968513122

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo da Silva Vieira

Nascimento: 12/08/1972

Sexo: Masculino

CPF: 020.877.507-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991944548

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo das Chagas Lisboa

Nascimento: 28/05/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964754883

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Das Chagas Lisboa

Nascimento: 28/05/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964185751

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo de Araujo Silva

Nascimento: 11/12/1971

Sexo: Masculino

CPF: 018.232.287-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34033043

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo de Araujo Silva Filho

Nascimento: 22/11/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34033043

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo de Gouveia Bezerra

Nascimento: 07/05/1971

Sexo: Masculino

CPF: 021.680.107-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34077394

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo de Lima

Nascimento: 27/01/1978

Sexo: Masculino

CPF: 037.469.397-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972019948

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** marcelo de mattos silva

Nascimento: 27/07/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34062581

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo de Melo

Nascimento: 07/03/1997

Sexo: Masculino

CPF: 165.041.967-88

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 28816590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo de Moraes Vieira

Nascimento: 09/08/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995012367

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Natalia de Oliveira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo de Moura da Silva Junior

Nascimento: 11/08/2000

Sexo: Masculino

CPF: 177.906.497-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993734120

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo de Moura da Silva Junior

Nascimento: 11/08/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964565719

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.: Lais Cristina Lopes Ferreira

CPF Resp.Fin.:056.770.037-27

**Nome:** Marcelo de Oliveira

Nascimento: 02/01/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993085124

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo de Oliveira

Nascimento: 28/05/1972

Sexo: Masculino

CPF: 025.979.297-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982458368

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo de Sousa Cela Junior

Nascimento: 10/07/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964031131

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Deonísio Ribeiro

Nascimento: 04/05/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982687199

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Dias da Silva

Nascimento: 17/04/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31562498

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo do Nascimento

Nascimento: 09/06/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975040999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo dos Reis Mesquita

Nascimento: 21/10/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969650331

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo dos Reis Mesquita

Nascimento: 21/10/1983

Sexo: Masculino

CPF: 061.162.457-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969650331

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo dos Santos Dias

Nascimento: 30/07/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964812999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Dos Santos Silva

Nascimento: 23/02/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34096681

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo dos Santos Silva

Nascimento: 07/03/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34045475-985083130

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo dos Santos Souto

Nascimento: 06/09/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971609165

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Fernando Oliveira de Andrade

Nascimento: 20/12/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30816964

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Ferreira de Castro

Nascimento: 09/06/1970

Sexo: Masculino

CPF: 026.186.277-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97929-0613

E-Mail: marlemherbaliv@hotmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcelo Ferreira Soares		
Nascimento:	05/08/1974	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	042.554.167-37
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964985186	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Florindo da Surreição		
Nascimento:	26/08/1973	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964686665	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Gabriel Severo Benevides		
Nascimento:	06/01/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Galdino Rocha da Silva		
Nascimento:	05/11/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:	Caminho Guilhermino Pinto	CPF:	
Bairro:	Campo Grande	Número: 17	Complemento:
Telefones:	33563442 / 989056374	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 02	Carteira:	
Resp. Fin.:	Josefa de Fatima Rocha da Silva	CPF Resp.Fin.:	109.114.577-63
<b>Nome:</b>	Marcelo Gomes de Azevedo		
Nascimento:	12/05/1975	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988330051	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Gomes Santos		
Nascimento:	28/01/1980	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24180968-987847340	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcelo Gomes Xavier		
Nascimento:	07/05/1973	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Gonçalves Brandao		
Nascimento:	19/03/1976	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964082421	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Gonçalves Martins		
Nascimento:	08/01/1987	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975319958	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Gonzaga Tavares		
Nascimento:	30/10/1978	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987812090	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Henrique Conceição Samico		
Nascimento:	12/08/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	973801969	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:	Osana da Conceicao	CPF Resp.Fin.:	120.257.747-45
<b>Nome:</b>	Marcelo Henrique Correa de Lima		
Nascimento:	10/02/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985883975	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Henrique Noronha do Nascimento

Nascimento: 19/07/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964162544

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Jose da Silva

Nascimento: 31/10/1970

Sexo: Masculino

CPF: 012.353.007-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993876076

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Jose de Brito

Nascimento: 07/09/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997779841

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Kaike Sael Gomes

Nascimento: 05/09/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967693765

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Kaua Sael Gomes

Nascimento: 06/12/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967693765

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Larrubia

Nascimento: 03/09/1968

Sexo: Masculino

CPF: 901.020.967-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980540044

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Leal Gomes

Nascimento: 30/11/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33144329

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Leite dos Santos Araujo

Nascimento: 07/04/1969

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979159835

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Leo Louzada

Nascimento: 01/10/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991120749

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Lua Botelho da Silva de Oliveira

Nascimento: 19/08/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985843759

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Lucio Costa

Nascimento: 23/02/1982

Sexo: Masculino

CPF: 061.219.024-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964290786

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Luis Gomes Guimaraes

Nascimento: 10/05/1977

Sexo: Masculino

CPF: 077.403.167-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34631952

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcelo Luiz de Oliveira		
Nascimento:	22/05/1984	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980690914	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Luiz Pinto dos Santos		
Nascimento:	10/02/1977	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964336546	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Luiz Silva da Conceição		
Nascimento:	13/09/1988	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	130.460.377-67
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966025468-35652957	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Mac Cormick		
Nascimento:	12/08/1970	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964291521	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Center	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Marcos da Cunha Souza		
Nascimento:	06/03/1970	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	033.850.567-99
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985442854	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcelo Marques de Oliveira		
Nascimento:	11/04/1967	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993595091	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Marques de Oliveira

Nascimento: 11/04/1967

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993595091

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Martins de Faria

Nascimento: 11/01/1967

Sexo: Masculino

CPF: 913.899.417-87

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 28816590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Martins Ferreira

Nascimento: 04/02/1970

Sexo: Masculino

CPF: 001.220.547-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964131023

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Mattos Silva

Nascimento: 27/07/1988

Sexo: Masculino

CPF: 132.789.747-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973546158

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Netto da Silva

Nascimento: 15/04/1970

Sexo: Masculino

CPF: 002.050.927-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24119999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Nunes Gonzaga

Nascimento: 18/09/1967

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991779953

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Oliveira de Jesus

Nascimento: 22/06/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993643165

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Oliveira de Lima

Nascimento: 28/05/1990

Sexo: Masculino

CPF: 141.296.597-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974852809 / 21543290

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Oliveira de Lima

Nascimento: 28/05/1990

Sexo: Masculino

CPF: 141.296.597-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974852809

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Oliveira dos Santos

Nascimento: 22/01/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997525829

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo paraense Santos Cardoso

Nascimento: 28/03/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981511388

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Paulo Perrut dos Santos

Nascimento: 17/01/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968745467

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Pereira

Nascimento: 11/11/1970

Sexo: Masculino

CPF: 012.525.237-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964303883

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Pereira da Silva

Nascimento: 07/10/1981

Sexo: Masculino

CPF: 811.258.795-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983975996

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Pereira da Silva

Nascimento: 07/10/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983975996

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Pinto da Silva

Nascimento: 14/02/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964977946

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Pontes da Silva Junior

Nascimento: 14/12/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975256175

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Ricardo Gabriel

Nascimento: 18/11/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981757487

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Rivelino Abreu de Vasconcelos

Nascimento: 04/12/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 064959989

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Roberto Pedrazzi dos Santos

Nascimento: 14/05/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Rodrigues Affonso Junior

Nascimento: 18/11/1998

Sexo: Masculino

CPF: 153.681.137-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3449-5063

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Elaine Cavalcante Leal Affonso

CPF Resp.Fin.:077.997.017-90

**Nome:** Marcelo Rosa

Nascimento: 25/02/1971

Sexo: Masculino

CPF: 044.570.187-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983893285 / 33777464

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Santana Miranda

Nascimento: 26/04/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970096852

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Santos de Souza

Nascimento: 25/03/1976

Sexo: Masculino

CPF: 045.568.687-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32923251 / 981872865

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Santos Figueiredo

Nascimento: 29/03/1973

Sexo: Masculino

CPF: 012.398.007-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964790031

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Santos Lanzetti Ayres

Nascimento: 05/07/1970

Sexo: Masculino

CPF: 013.838.457-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991480291

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Santos Lanzetti Ayres

Nascimento: 05/07/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991480291

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Santos Lanzetti Ayres

Nascimento: 05/07/1970

Sexo: Masculino

CPF: 013.838.457-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991480291

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Sardinha Leita

Nascimento: 19/07/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988661336

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Sebastião da Silva

Nascimento: 20/01/1969

Sexo: Masculino

CPF: 010.906.797-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Sebastião da Silva

Nascimento: 20/01/1969

Sexo: Masculino

CPF: 010.906.797-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968159191

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Silva Chaves Junior

Nascimento: 11/10/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987271051

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Soares

Nascimento: 16/12/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980966961

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentacc

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Souza Vieira

Nascimento: 26/05/1981

Sexo: Masculino

CPF: 088.999.567-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995892881

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Tadeu Rodrigues Reis

Nascimento: 14/12/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Natalia de Oliveira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Tenorio de Oliveira

Nascimento: 13/08/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986898551

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcelo Valerio dos Santos

Nascimento: 29/01/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 240348570- 976733156

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Vinicius dos Santos Borre

Nascimento: 07/04/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34050046-91037724

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Rita de Cassia Vieira Paço dos Santos

CPF Resp.Fin.:683.251.937-00

**Nome:** Marcelo Vitor Ramos

Nascimento: 28/07/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965968784

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcelo Wallace do Carmo

Nascimento: 13/06/1975

Sexo: Masculino

CPF: 037.603.177-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975518559

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcely Alves da Silva

Nascimento: 17/12/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23941543 / 971486793

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Rose Alves de Azevedo

CPF Resp.Fin.:102.321.197-16

**Nome:** Marcely dos Santos Lima Luciano

Nascimento: 03/05/1996

Sexo: Feminino

CPF: 166.455.467-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990551305

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcely Pontes Fontes		
Nascimento:	23/05/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24196920 - 984151825	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Gleissiane Oliveira	Carteira:	
Resp. Fin.:	Michele de Paula.	CPF Resp.Fin.:	085.465.237-03
<b>Nome:</b>	Marcely Quintas Ferreira		
Nascimento:	02/04/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969612715	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcia dos Santos Ferreira		
Nascimento:	24/09/1981	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	105.275.807-08
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986463931	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcia Abreu Silva Bahia		
Nascimento:	09/02/1974	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	082.476.517-69
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984378314	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcia Alves da Silva		
Nascimento:	03/01/1975	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984732128	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Policlinica Britanica	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcia Alves Riff		
Nascimento:	12/08/1971	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	998841911	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Alves Salgado Reis

Nascimento: 09/09/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 20837158 / 980305025

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Marcio Adrine Salgado Reis

CPF Resp.Fin.:072.003.017-01

**Nome:** Marcia Amorim de Santana Souza

Nascimento: 25/01/1979

Sexo: Feminino

CPF: 075.697.257-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24125493

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Andrea de Castro M. Zeferino

Nascimento: 23/12/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973510899

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Andrea Ferreira Monteiro

Nascimento: 09/03/1972

Sexo: Feminino

CPF: 021.680.127-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991356308

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Andrea Gomes Pereira

Nascimento: 19/08/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975556222

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** marcia beatriz santos de paula gomes

Nascimento: 04/09/1979

Sexo: Feminino

CPF: 105.039.067-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992053513

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Brandao Leta

Nascimento: 09/11/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985304626

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia C. P. dos S. Luna dos Santos

Nascimento: 16/12/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36830704

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Campos Camargo

Nascimento: 30/10/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988902516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Coelho da Silva Passos

Nascimento: 22/07/1967

Sexo: Feminino

CPF: 956.582.707-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33951800-996418725

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Coelho da Silva Passos

Nascimento: 22/07/1967

Sexo: Feminino

CPF: 956.582.707-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33951800

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Brasil de Oliveira

Nascimento: 07/11/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993076586

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Cristina Cardoso da Fonseca

Nascimento: 18/08/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997327969

E-Mail:

Alerta Médico: Sem polimento

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Costa

Nascimento: 20/03/1980

Sexo: Feminino

CPF: 057.047.177-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980892476

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina da Silva Nascimento

Nascimento: 08/03/1990

Sexo: Feminino

CPF: 140.174.037-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968826122 27996327

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina de Carvalho Ramalho

Nascimento: 04/08/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994323716

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina de Souza

Nascimento: 23/03/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965893915

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Ferreira Vallejo

Nascimento: 06/05/1975

Sexo: Feminino

CPF: 079.461.087-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35763406

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Cristina Gomes da Silva

Nascimento: 24/02/1967

Sexo: Feminino

CPF: 681.202.147-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24027633-993425891

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Gomes Ferreira

Nascimento: 19/09/1976

Sexo: Feminino

CPF: 074.606.897-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997433380

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Matozo da Silva

Nascimento: 16/04/1968

Sexo: Feminino

CPF: 085.297.117-69

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974510815

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Mendes da Silv a

Nascimento: 27/03/1975

Sexo: Feminino

CPF: 047.713.127-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987232539

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Naciso da Silva

Nascimento: 13/10/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967811648

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Pontes Vieira

Nascimento: 16/09/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974713506

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Cristina S. de Souza e Silva

Nascimento: 29/04/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994981024

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Silva G. Canhaço

Nascimento: 04/11/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991443608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Silverio do Nascimento

Nascimento: 23/03/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97301-1864

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristina Xavier Costa

Nascimento: 29/11/1991

Sexo: Masculino

CPF: 151.106.877-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Cristine Gomes

Nascimento: 28/09/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987512530

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia da Conceicao Silva

Nascimento: 17/08/1976

Sexo: Feminino

CPF: 092.721.597-76

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986256169

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcia da Costa Barbosa de Souza		
Nascimento:	02/01/1980	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	975275567	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcia da Costa Oliveira		
Nascimento:	11/07/1974	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	037.941.287-02
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964482193	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcia da Silva Martins		
Nascimento:	15/07/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34943265	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcia da Silva Nunes Nogueira		
Nascimento:	09/02/1972	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	025.972.637-03
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	973624454	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcia da Silva Santos		
Nascimento:	06/02/1965	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	890.229.557-53
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24129881	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcia da Silva Santos		
Nascimento:	06/02/1965	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	890.229.557-53
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24129881	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Daniella da Silva Lima

Nascimento: 18/11/1989

Sexo: Feminino

CPF: 073.665.544-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24178564

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Dantas de Arruda

Nascimento: 22/11/1971

Sexo: Feminino

CPF: 661.929.351-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969401281

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia de Almeida Ribeiro

Nascimento: 15/02/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985378139

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia de Andrade Borges

Nascimento: 20/10/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33647607

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia de Araujo Teixeira

Nascimento: 13/09/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994030813

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia de Carvalho Silva

Nascimento: 19/11/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3798 - 2971

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia de Jesus Silva

Nascimento: 15/08/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966061017

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia de Oliveira de Freitas

Nascimento: 25/11/1970

Sexo: Feminino

CPF: 011.982.687-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986342062

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia de Oliveira Freitas Moreira

Nascimento: 20/06/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992862275

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia dos Santos Costa

Nascimento: 26/12/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964919258

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia dos Santos Gabriel

Nascimento: 15/07/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia dos Santos Melo

Nascimento: 20/03/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972887793 / 972126064

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Fabiane O. da R. Mota

Nascimento: 18/05/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984612418

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Feldmann Ribeiro

Nascimento: 25/04/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984572927

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Ferreira Sardinha

Nascimento: 15/05/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31552981

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Figueira Pinto

Nascimento: 17/02/1957

Sexo: Feminino

CPF: 495.854.367-87

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993394195

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Flora da Conceição

Nascimento: 31/12/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Fontoura

Nascimento: 13/10/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976311104

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Freitas de Oliveira

Nascimento: 17/01/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989478773

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Gabruele de Melo Santana

Nascimento: 02/08/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966504460

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Gomes Alves de Almeida

Nascimento: 06/06/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34076999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Gomes da Silveira Ferreira

Nascimento: 29/03/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Inorte

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Gonçalves de Paula

Nascimento: 23/06/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993425947

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Helena G. de O. Carlos

Nascimento: 30/03/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31563181

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Leal Ferreira

Nascimento: 10/07/1979

Sexo: Feminino

CPF: 053.260.717-11

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 2418-5050 / 3409-9552

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Patricia 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Leitaó Vicente

Nascimento: 28/10/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32845608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Lima do Nascimento

Nascimento: 06/01/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985178659

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Lopes da Silva Brito

Nascimento: 30/11/1975

Sexo: Feminino

CPF: 080.151.487-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964606409 / 964608198

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Lopes Silva

Nascimento: 12/09/1997

Sexo: Feminino

CPF: 184.451.037-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973444883

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Luziane Marcelino

Nascimento: 12/12/1993

Sexo: Feminino

CPF: 119.311.076-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973484465

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Luziane Marcelino

Nascimento: 12/12/1993

Sexo: Feminino

CPF: 119.311.076-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973484465

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Magalhaes da Silva

Nascimento: 29/09/1965

Sexo: Feminino

CPF: 840.147.687-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982325175

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Maria da Silva Calixto

Nascimento: 09/06/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991508528

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Maria de Souza Aprigio

Nascimento: 10/04/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Maria Pereira de Oliveira

Nascimento: 08/04/1970

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993455046

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Tinoco

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Maria Ribeiro Moreira

Nascimento: 26/10/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31572481

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Marins de Rezende

Nascimento: 03/03/1970

Sexo: Feminino

CPF: 013.686.167-98

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24064320

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Masson

Nascimento: 14/08/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21973009133

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Mello

Nascimento: 18/02/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993185817

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Moura Ciriaco

Nascimento: 16/03/1979

Sexo: Feminino

CPF: 078.633.087-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984179478

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Pacheco dos Santos

Nascimento: 22/10/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964857293

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Pacheco dos Santos

Nascimento: 22/10/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964857293

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Pereira de Almeida

Nascimento: 18/07/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975405895

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Pereira de Oliveira

Nascimento: 05/02/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991270229

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Priscila Nogueira Villaga

Nascimento: 16/01/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988338706

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Consultório Pedra de Guaratiba

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Regina Barbosa Paes

Nascimento: 15/12/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982404942

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Regina Bezerra

Nascimento: 30/12/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986670423

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Regina de Castro Soares

Nascimento: 17/05/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971037337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Regina dos Santos Goulart

Nascimento: 08/08/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981729951

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Regina Gouvea

Nascimento: 03/06/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988266519

E-Mail:

Alerta Médico: Com laudo

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Regina Rocha de Lima da Silva

Nascimento: 02/04/1979

Sexo: Feminino

CPF: 079.203.097-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3156-4337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Regina Silva de Olanda

Nascimento: 17/05/1972

Sexo: Feminino

CPF: 025.926.137-81

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33948421 964315168

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Flavia e Dra Marcela

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Rodrigues do Amaral

Nascimento: 29/08/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33947812

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Rosas Correa

Nascimento: 01/08/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996648599

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Rosas Correa

Nascimento: 01/08/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996648599

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Sandres Rodrigues

Nascimento: 18/06/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990972564

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Santos Sobral

Nascimento: 05/12/1963

Sexo: Feminino

CPF: 014.882.457-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974375140

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Seara Cardoso

Nascimento: 03/02/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37685947 987512203

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Edna Seara da Silva Cardoso

CPF Resp.Fin.: 115.526.997-73

**Nome:** Marcia Silva de Melo

Nascimento: 16/06/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983740486

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Soares Pereira Alves

Nascimento: 27/08/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997858001

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Souza Bertoco de Andrade

Nascimento: 06/10/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964155812

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Tavares dos Santos

Nascimento: 18/01/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969395661

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Valeria da Silva Fernandes

Nascimento: 17/01/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995948112

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Valeria de Moraes Zamith Penas

Nascimento: 05/06/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Valeria Silva Lima

Nascimento: 20/04/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24185770

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcia Vasconcelos de Lima de Oliveira

Nascimento: 18/08/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985058448

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcia Vitoria Venancio Ramos

Nascimento: 01/03/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34024098-986921228

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marciana Almeida do Rego

Nascimento: 02/02/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987051146

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcielle Cristine Ferreira Goudar

Nascimento: 06/10/1997

Sexo: Feminino

CPF: 169.457.777-58

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37591336 / 992220981

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcilaine Correa Gomes

Nascimento: 30/03/1988

Sexo: Feminino

CPF: 123.917.677-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcilea da Silva Araujo

Nascimento: 27/01/1966

Sexo: Feminino

CPF: 019.439.887-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986686275

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcilene da Silva Salles

Nascimento: 15/12/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcilene de Lima de Oliveira

Nascimento: 16/08/1966

Sexo: Feminino

CPF: 968.603.597-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31583001 - 983322284

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcilene Palomo da Costa

Nascimento: 09/05/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34099577

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcilene Rosilda de Oliveira

Nascimento: 12/07/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98264-8248

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcilia Maria da Silva Santos

Nascimento: 29/03/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcilia Maria da Silva Santos

Nascimento: 29/03/1965

Sexo: Masculino

CPF: 906.781.507-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31555480-999598828

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcilia Maria da Silva Santos

Nascimento: 29/03/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31555480

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcilia Moura de Souza		
Nascimento:	28/07/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	968459730	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcilio Gleicio Alves de Amorim		
Nascimento:	11/05/1989	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	27821691 -992521732	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcilio Irapuan Barbosa da Silva		
Nascimento:	19/09/1974	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	52734935	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcilio Jose de Oliveira		
Nascimento:	25/02/1974	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcilio Pires de Almeida		
Nascimento:	17/09/1964	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33145188	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Alexandre de Avila Souza		
Nascimento:	09/12/1994	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	971484796	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcio Alexandre de O. Silva

Nascimento: 13/07/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992050357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Alexandre Nunes Correa

Nascimento: 11/05/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992648886

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Angelo Guimaraes Paula

Nascimento: 08/06/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964658243

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Antonio Azevedo dos Santos

Nascimento: 25/02/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995849008

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Antonio da Silva Nunes

Nascimento: 04/07/1972

Sexo: Masculino

CPF: 025.932.047-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976816299

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Antonio Souza

Nascimento: 16/07/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982972898

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcio Antonio Torquato Vilela

Nascimento: 31/12/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970275723

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Augusto da Silva Andrade Junior

Nascimento: 15/09/1994

Sexo: Masculino

CPF: 146.965.787-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34034454 / 993027255

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Aurelio Nascimento Salgado

Nascimento: 16/08/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970191852

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Barbosa de Souza

Nascimento: 10/05/1974

Sexo: Masculino

CPF: 045.546.537-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26865208

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Camargo Leal

Nascimento: 06/04/1985

Sexo: Masculino

CPF: 100.329.237-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965527958

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Campello de Sá Fortes

Nascimento: 08/03/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969119210

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcio Carmo da Luz				
Nascimento:	25/07/1967	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	975924512			E-Mail:	
Alerta Médico:	Imprimir na película grande				
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio da Costa Filgueira				
Nascimento:	21/07/1983	Sexo:	Masculino	CPF:	058.181.357-05
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	969615199			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio da Silva Medeiros				
Nascimento:	16/02/1985	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	970276306			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio da Silva Moreno				
Nascimento:	15/03/1969	Sexo:	Masculino	CPF:	937.258.257-34
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	983822979			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Davih de A. M. da Silva				
Nascimento:	23/07/2013	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	984418603			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:	Ana Paula Silva			CPF Resp.Fin.:	109.441.147-76
<b>Nome:</b>	Marcio de Abreu Hipólito				
Nascimento:	22/03/1979	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33564578			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcio de Jesus Torres

Nascimento: 26/08/1965

Sexo: Masculino

CPF: 824.373.607-78

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985477855

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio de Oliveira

Nascimento: 02/03/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990092453

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio de Oliveira Raimundo

Nascimento: 10/05/1974

Sexo: Masculino

CPF: 071.815.957-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964869898

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio de Souza da Rosa

Nascimento: 14/05/1990

Sexo: Masculino

CPF: 137.712.607-28

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969287146

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio dos Santos Guine

Nascimento: 25/10/1984

Sexo: Masculino

CPF: 108.028.067-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991880528

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Duarte Fontes

Nascimento: 09/04/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970447375

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcio Duque dos Santos Junior

Nascimento: 08/09/1996

Sexo: Masculino

CPF: 878.457.410-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986554466

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Elias dos Santos Silva

Nascimento: 02/05/1982

Sexo: Masculino

CPF: 054.153.027-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991543210

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Ferreira de Lima

Nascimento: 27/10/1993

Sexo: Masculino

CPF: 139.586.137-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34035586

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Francisco Cruz de Souza Junior

Nascimento: 29/09/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37967811

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Francklin de Oliveira Braga

Nascimento: 28/12/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964187978

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Gonçalves dos Santos

Nascimento: 29/10/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992343236

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcio Gonçalves Pinto		
Nascimento:	30/10/1989	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	9926248974	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Center	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Henrique Eleuterio		
Nascimento:	21/05/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Henrique Modesto e Silva		
Nascimento:	07/08/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33959610	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Herminio Jose de Oliveira		
Nascimento:	14/06/1978	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	052.787.037-41
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	972552652	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Jesus da Silveira		
Nascimento:	26/05/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	166.546.807-66
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	998787262	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Jose Ramos		
Nascimento:	06/05/1979	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	96500658	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcio Jose Souza Pereira

Nascimento: 04/03/1968

Sexo: Masculino

CPF: 685.252.067-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981215265

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Lima Vicente

Nascimento: 30/06/1981

Sexo: Masculino

CPF: 092.473.747-66

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988754183

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Luciano de Souza Vieira

Nascimento: 07/01/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964405359

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Lucio de Moraes Junior

Nascimento: 09/04/1982

Sexo: Masculino

CPF: 099.551.657-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991990243

E-Mail:

Alerta Médico: Sem modelo de gesso. São 6 fotos.

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Luis Pereira da Guia

Nascimento: 05/09/1969

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24105444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Luiz Coelho

Nascimento: 26/08/1972

Sexo: Masculino

CPF: 013.874.857-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24129327 / 987242608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcio Madalena da Silva

Nascimento: 02/10/1978

Sexo: Masculino

CPF: 082.630.207-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984162790/965901772

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Manoel Ricardo

Nascimento: 19/01/1969

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992289930

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Riso Rio

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Odilon Aves de Oliveira

Nascimento: 19/04/1984

Sexo: Masculino

CPF: 099.005.167-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982992656

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Palmeira da Silva

Nascimento: 04/07/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970044367

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Paulo de Magalhaes

Nascimento: 25/03/1978

Sexo: Masculino

CPF: 086.728.057-39

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986620697

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Pereira Soares Junior

Nascimento: 19/01/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975945927

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcio Porto Carraro

Nascimento: 03/09/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Roberto de Paula

Nascimento: 12/02/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34011503 / 977199343

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Rodrigues de Souza

Nascimento: 15/08/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995871490

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Rosa de Andrade Filho

Nascimento: 29/04/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988249530

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Santos de Almeida

Nascimento: 14/11/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975477448

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcio Santos Silva

Nascimento: 23/07/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35511557

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcio Senra Tavares				
Nascimento:	19/11/1978	Sexo:	Masculino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:				E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Siqueira Barbosa				
Nascimento:	26/03/1978	Sexo:	Masculino	CPF:	053.883.427-78
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	969916834			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Siqueira Barbosa				
Nascimento:	26/03/1978	Sexo:	Masculino	CPF:	053.883.427-78
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:				E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Ugusto Silva Ferreira				
Nascimento:	07/03/1983	Sexo:	Masculino	CPF:	055.994.697-00
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987098599			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Dra Alessandra 01			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Vagner Mota Silva				
Nascimento:	28/04/1973	Sexo:	Masculino	CPF:	009.441.947-70
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	980274773			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Orthopride			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcio Wilson Carvalho				
Nascimento:	11/08/1978	Sexo:	Masculino	CPF:	079.871.287-24
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964256231			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Doctor Dent			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcionita do Vale Vieira

Nascimento: 05/08/1967

Sexo: Feminino

CPF: 933.482.667-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33779761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcius Augustus de Deus

Nascimento: 10/02/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974706226

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcleide da Conceicao marques

Nascimento: 03/03/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979780486

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marclly Souza da Silva

Nascimento: 08/10/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: Rua Santa Rosa s/n LT 11

Número: 08

Complemento: casa

Bairro: Santíssimo

Cidade: Ri de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 30493762

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Aline da Silva Souza

CPF Resp.Fin.:089.759.667-63

**Nome:** marco antonio

Nascimento: 16/10/1953

Sexo: Masculino

CPF: 348.499.807-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30458583

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio Alves Martins

Nascimento: 13/09/1984

Sexo: Masculino

CPF: 108.843.027-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964459342

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Ilha

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marco Antonio Batista

Nascimento: 25/05/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965658002

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio Cunha de Almeida Filho

Nascimento: 11/10/1994

Sexo: Masculino

CPF: 149.934.127-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 9646412250

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio do Nascimento

Nascimento: 03/04/1970

Sexo: Masculino

CPF: 016.182.947-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994815864

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio dos Santos Cardoso

Nascimento: 06/08/1995

Sexo: Masculino

CPF: 137.108.457-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986298395

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio dos santos Junior

Nascimento: 30/06/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974049410

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio dos Santos Simoes

Nascimento: 08/02/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998653526

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marco Antonio Jayme de Andrade

Nascimento: 26/04/1970

Sexo: Masculino

CPF: 917.312.247-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34030147

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio Magnago da Mata

Nascimento: 13/04/1964

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999145874

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio Moraes

Nascimento: 31/12/1959

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999868295

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio Nascimento

Nascimento: 12/02/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966621719

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio P. Melo

Nascimento: 05/11/1968

Sexo: Masculino

CPF: 002.474.977-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24063289

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentacc

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio Santos De Jesus

Nascimento: 29/05/1963

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995526634

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marco Antonio Sao Paulo Barboza

Nascimento: 04/10/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970094024

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Antonio Soares Mamede Gomes

Nascimento: 22/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975142874

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Arelio Lopes Teixeira

Nascimento: 16/07/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 959029582

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Aurelio de A. Medeiros

Nascimento: 07/08/1982

Sexo: Masculino

CPF: 102.088.927-61

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970158282

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Aurelio de Azevedo Freitas

Nascimento: 27/04/1970

Sexo: Masculino

CPF: 008.397.407-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994901061

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Aurelio Pacheco Duarte

Nascimento: 08/05/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983270899

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Virginia Cabral Hatano

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marco Aurelio Rafael da C. Filho

Nascimento: 19/08/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975723970

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Aurelio Santos de Lima

Nascimento: 15/02/1982

Sexo: Masculino

CPF: 101.476.617-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31570092

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Aurelio Santos Lima

Nascimento: 15/02/1982

Sexo: Masculino

CPF: 101.476.617-65

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31570098

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Aurelio Sidronio Alves

Nascimento: 20/03/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984252019

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Aurelio Silva de Almeida

Nascimento: 08/05/1960

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marco Victor dos Santos

Nascimento: 03/11/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964199082

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcolina Janete Silva Barros

Nascimento: 25/04/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983610211

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcondes Estevam de Aguiar

Nascimento: 27/04/1990

Sexo: Masculino

CPF: 136.608.747-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99816-7736

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcone Cardoso de Souza

Nascimento: 26/08/1982

Sexo: Masculino

CPF: 101.050.907-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973260887

E-Mail:

Alerta Médico: Modelo Sem polimento

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcones Pimentel de Moura

Nascimento: 02/07/1992

Sexo: Masculino

CPF: 036.955.201-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: ( 65) 992830203

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marconi Silva Alves

Nascimento: 02/03/1981

Sexo: Masculino

CPF: 085.301.027-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 027 999950292

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Felipe da Silva Moraes

Nascimento: 24/06/1993

Sexo: Masculino

CPF: 161.835.597-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973902340

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Vinicius Gomes da Silva

Nascimento: 16/02/1982

Sexo: Masculino

CPF: 147.320.447-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33772350 / 970274863

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos A. Dorneles Guedes

Nascimento: 10/09/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985851435

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Adriano de Carvalho dos Santos

Nascimento: 26/05/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30836460 / 994589752

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Maxilene Antonio Soares de Carvalho

CPF Resp.Fin.:047.615.067-17

**Nome:** Marcos Adriano Dias da Silva

Nascimento: 17/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973107865

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.: Marilda Dias da Silva

CPF Resp.Fin.:026.089.314-56

**Nome:** Marcos Alessandro Alverenga

Nascimento: 07/06/1978

Sexo: Masculino

CPF: 081.045.047-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964153581

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Alessandro Rosa dos Santos

Nascimento: 22/02/1994

Sexo: Masculino

CPF: 162.670.357-43

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981019706

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Alexandre Felix Gomes

Nascimento: 14/06/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994267070

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Alexandre Pereira de Souza

Nascimento: 13/02/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965841037

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Alves Afonso

Nascimento: 08/01/1982

Sexo: Masculino

CPF: 101.310.667-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964585473

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Alves de Oliveira

Nascimento: 05/03/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993238890

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Alves de Oliveira

Nascimento: 05/03/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Rua Bela Vista

Número: 20

Complemento:

Bairro: Cosmos

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 988691247 / 984724173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Andre Marques da Silva

Nascimento: 30/11/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989501610

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Andre Mouta de Oliveira

Nascimento: 29/03/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979878542

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio B. P. Bezerra

Nascimento: 07/09/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33645598

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio da Silva

Nascimento: 27/10/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio da Silva

Nascimento: 13/07/1959

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991422406

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio de Carvalho

Nascimento: 04/05/1968

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981753203

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio de Oliveira

Nascimento: 14/03/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998545070

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Antonio Fernandes

Nascimento: 19/07/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990180769

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio Godinho Alves

Nascimento: 28/10/1964

Sexo: Masculino

CPF: 811.567.317-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964904003

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio Gonçalves Vieira

Nascimento: 04/01/1986

Sexo: Masculino

CPF: 109.035.917-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982929109

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio Gualheumi Pimenta

Nascimento: 14/09/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985620459

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio Oliveira de Jesus

Nascimento: 09/06/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991929680

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio Oliveira Martins

Nascimento: 15/05/1991

Sexo: Masculino

CPF: 062.730.887-21

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966907698 / 30672532

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Antonio Rosendo

Nascimento: 05/02/1966

Sexo: Masculino

CPF: 905.164.947-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: Não sabe

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio Silva

Nascimento: 01/02/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34041420

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonio Silva

Nascimento: 01/02/1966

Sexo: Masculino

CPF: 896.792.537-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990101245-34041420

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antônio Vieira da Silva

Nascimento: 02/07/1972

Sexo: Masculino

CPF: 013.404.667-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984841584

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Antonios Ferreira de O. Junior

Nascimento: 01/02/1992

Sexo: Masculino

CPF: 145.601.337-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34034850 / 986116293

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Aranha Araujo

Nascimento: 25/12/1971

Sexo: Masculino

CPF: 068.657.017-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996542134

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Artur de Paula Lima

Nascimento: 04/06/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33175816-987905415

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Ataide Pereira Barbosa

Nascimento: 03/03/1987

Sexo: Masculino

CPF: 120.788.417-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964633004

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Aurelio da Paz Gomes

Nascimento: 31/10/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970163402

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Aurelio de Castro Santos

Nascimento: 30/01/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Aurelio de Oliveira Correa

Nascimento: 28/02/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990238696

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Aurelio de Souza

Nascimento: 18/11/1978

Sexo: Masculino

CPF: 086.858.887-35

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24174484 / 964602084

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Mofato

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Aurélio Ferreira do Nascimento

Nascimento: 05/02/1976

Sexo: Masculino

CPF: 070.981.447-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970067582 / 26917479

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Aurelio Gomes dos Santos

Nascimento: 19/07/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973096675

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Aurelio Medeiros de Almeida

Nascimento: 13/09/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969327487

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Aurelio Pereira da Silva Junior

Nascimento: 02/01/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965570333

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Aurelio Peretela

Nascimento: 26/08/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24153710-995688032

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Aurelio Rocha dos Reis

Nascimento: 28/04/1993

Sexo: Masculino

CPF: 116.635.586-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24 999197944

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Batista dos Santos

Nascimento: 06/06/1967

Sexo: Masculino

CPF: 681.320.937-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987725405

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Cesar Faleiro

Nascimento: 20/06/1968

Sexo: Masculino

CPF: 935.711.517-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988264348

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Conde de Oliveira

Nascimento: 11/09/1968

Sexo: Masculino

CPF: 011.825.627-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981230939

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Crisosomo

Nascimento: 06/07/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982282712

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos da Fonseca Godinho

Nascimento: 08/07/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985452764

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos da Fonseca Godinho

Nascimento: 08/07/1970

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985452764

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos da Silva Xisto

Nascimento: 13/01/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969712446

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos da Silva de Oliveira

Nascimento: 26/04/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992460315

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos da Silva Mello

Nascimento: 07/04/1986

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos da Silva Soares

Nascimento: 05/05/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992282457

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos da Silva Souza

Nascimento: 23/03/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969406200

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos de Almeida de Carvalho Cardoso

Nascimento: 05/01/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986773670

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.: Marcos de Carvalho Cardoso

CPF Resp.Fin.:051.798.307-96



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos de Carvalho Martins

Nascimento: 24/06/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32929920-987050795

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos de Lima Marques

Nascimento: 02/10/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966744593

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Edjane de Lima Marques

CPF Resp.Fin.:091.083.887-92

**Nome:** Marcos Dias Guilherme

Nascimento: 07/04/1991

Sexo: Masculino

CPF: 139.328.427-23

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37441704

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Domingos Gomes

Nascimento: 08/07/1978

Sexo: Masculino

CPF: 080.406.797-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34718848- 997325790

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: J L Dentistas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos dos Santos Anjos Sousa

Nascimento: 27/12/1979

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999248738

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Douglas Bosco de Jesus

Nascimento: 27/11/1993

Sexo: Masculino

CPF: 161.384.687-83

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994445614

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Duraes de Farias

Nascimento: 30/06/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964233950

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Dutra de Oliveira Lira

Nascimento: 10/06/1986

Sexo: Masculino

CPF: 111.777.587-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984840067

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Gleissiane Oliveira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Felipe Brum Ribeiro

Nascimento: 13/12/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999730994

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos felipe Chaves dos Santos

Nascimento: 02/04/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990517598

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Felipe Ventura da Silva

Nascimento: 22/08/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974507856

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Felipe Balbino dos Santos

Nascimento: 20/03/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986012699

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcos Felix de Paula		
Nascimento:	29/08/1978	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994746833	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Fernando C. de Oliveira		
Nascimento:	07/11/1966	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Fernando de Jesus		
Nascimento:	26/09/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965422303	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Gabriel Silva Mendes		
Nascimento:	11/06/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990848550	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Center	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Galvao Fernandes		
Nascimento:	19/05/1981	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	998129661	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Cods	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Gualandi Junio		
Nascimento:	24/08/1994	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	061.320.777-74
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988851158	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Heleno Santos da Silva

Nascimento: 26/05/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Henrique Bezerra Silva Vasconcelos

Nascimento: 06/01/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983672352

E-Mail:

Alerta Médico: Impresso e online

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Henrique de Campos

Nascimento: 20/05/1991

Sexo: Masculino

CPF: 116.511.667-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 75073455

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Henrique Lima de Oliveira

Nascimento: 07/05/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33779334

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Henrique Torres

Nascimento: 22/03/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976056641

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Henrique Carvalho de Oliveira

Nascimento: 01/10/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965471973

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcos Inacio Anastacio		
Nascimento:	10/02/1960	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33058772	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Jose Brasil		
Nascimento:	24/07/1973	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981089282	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Jose do Nascimento		
Nascimento:	31/01/1987	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	979648458	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Jose Rodrigues		
Nascimento:	15/09/1971	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	26864206	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Jose S. Junior		
Nascimento:	17/01/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976416236	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Unidental Clinica	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Kaique Nunes da Silva		
Nascimento:	28/12/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984285592-991876371	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	Cristiane Alves Nunes da Silva	CPF Resp.Fin.:	078.092.067-88

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Laurentino de Oliveira

Nascimento: 18/01/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987893532

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Lima Fonseca

Nascimento: 22/12/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24 998465846

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Lins do E. Santos

Nascimento: 10/09/1982

Sexo: Masculino

CPF: 096.245.557-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33145677

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Lopes Sampaio

Nascimento: 01/03/1961

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972295181

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Luan Souza Alves Pimenta

Nascimento: 29/06/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33145091

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: André Luiz Cunha dos Santos

CPF Resp.Fin.:078.716.307-41

**Nome:** Marcos Luis Fernandes

Nascimento: 25/08/1971

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993945505

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcos Luis Pinheiro		
Nascimento:	28/10/1966	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	30745860 -967294129	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Magalhaes Martins		
Nascimento:	16/09/1993	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	145.516.537-99
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24050982-970414568	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Mardoqueu da Silva Sabino		
Nascimento:	08/08/1995	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	981986259	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Marinho da Silva		
Nascimento:	24/10/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	179.723.137-50
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964823240 / 34045316	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Martins Barbosa		
Nascimento:	29/08/1966	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969353758	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Shining	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Martins de Araujo		
Nascimento:	02/03/1979	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	095.358.787-86
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975543410	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcos Maximo Ramos		
Nascimento:	06/05/1976	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Moreira		
Nascimento:	18/08/1958	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31589582	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Oliveira da Silva		
Nascimento:	17/07/1987	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970154039	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Paulo Cabral Filho		
Nascimento:	01/03/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993749471	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Solange Rodrigues (s/pan)	Carteira:	
Resp. Fin.:	Maria Claudete Gomes da Silva	CPF Resp.Fin.:	051.717.977-65
<b>Nome:</b>	Marcos Paulo Carlos de Souza		
Nascimento:	11/12/1974	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	022.068.947-42
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	982896461	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Paulo Carreira de Jesus		
Nascimento:	27/01/1976	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	034.067.787-20
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964982085	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Paulo Costa de Melo

Nascimento: 11/09/1991

Sexo: Masculino

CPF: 054.339.813-71

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 959023867

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo Cunha de Melo

Nascimento: 25/05/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33541107

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo de Oliveira Alves

Nascimento: 29/06/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986104615

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo de Oliveira Lima

Nascimento: 03/02/1996

Sexo: Masculino

CPF: 481.363.928-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994712014

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo de Souza Damasceno

Nascimento: 17/03/1998

Sexo: Masculino

CPF: 174.923.237-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35513774 / 973376066

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo Duarte Paiva

Nascimento: 16/04/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986754742 - 33948622

E-Mail:

Alerta Médico: Em JPG

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Paulo Freire dos Santos

Nascimento: 02/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34264817 / 980768707

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.: Solange Rodrigues Freire

CPF Resp.Fin.:805.780.987-68

**Nome:** Marcos Paulo Freitas Ferreira

Nascimento: 11/07/1997

Sexo: Masculino

CPF: 153.583.097-21

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34697957

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo Gomes da Silva

Nascimento: 05/04/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974750411

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo Jeremias Mendes

Nascimento: 30/11/1975

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964317156

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo Motta de Paula

Nascimento: 01/08/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964353497

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo Oliveira Freire

Nascimento: 14/07/1998

Sexo: Masculino

CPF: 168.415.747-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976873979

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Stanley T.B. de Araujo

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Paulo Rodrigues da Silva

Nascimento: 26/08/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975299379

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo Rodrigues da Silva

Nascimento: 26/08/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975299379

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo Rodrigues de Oliveira

Nascimento: 15/11/1992

Sexo: Masculino

CPF: 147.713.017-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982483350

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo Santana Alves

Nascimento: 10/10/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973991200

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Paulo Viana Rangel

Nascimento: 02/02/1976

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970568372

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Pedro da Costa

Nascimento: 30/07/1975

Sexo: Masculino

CPF: 033.312.367-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964724385

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Pedro Oliveira dos Santos

Nascimento: 23/09/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999177343

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Pereira Lucas

Nascimento: 26/02/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Pereira Mathias

Nascimento: 04/07/1962

Sexo: Masculino

CPF: 854.813.437-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987710160 / 33650593

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Pualo Nascimento da Silva

Nascimento: 11/07/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982321234

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Quintana de Oliveira

Nascimento: 09/09/1982

Sexo: Masculino

CPF: 101.582.757-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30158628

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Roberto Alves de Oliveira

Nascimento: 25/09/1994

Sexo: Masculino

CPF: 158.170.907-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967637583 / 973811270

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Roberto dos Santos Perdiz

Nascimento: 30/12/1971

Sexo: Masculino

CPF: 023.161.737-21

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970097499

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Roberto Maciel

Nascimento: 11/07/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32817173

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Roberto Padua da Silva

Nascimento: 05/01/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986908504

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Roberto Werneck Lopes

Nascimento: 13/03/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33646223

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Romario Ribeiro da Silva

Nascimento: 24/04/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973786511

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Sandro Costa dos Santos

Nascimento: 12/12/1969

Sexo: Masculino

CPF: 004.793.697-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964828412

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Sebastiao da Silva Medeiros

Nascimento: 03/11/1977

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31086313-989625707

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Sillas Rodrigues de Farias

Nascimento: 03/02/1987

Sexo: Masculino

CPF: 117.427.857-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98874-3483

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Silva de Almeida

Nascimento: 29/01/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976886337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Tulio Rodrigues

Nascimento: 22/12/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31 99926581

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Uelber de Farias Ranquine

Nascimento: 02/08/1971

Sexo: Masculino

CPF: 021.555.007-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986152489

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Viana Costa

Nascimento: 23/12/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24185819

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Vinicio Correia de Cerqueira

Nascimento: 22/04/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983145044

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Alves Matos

Nascimento: 10/06/1999

Sexo: Masculino

CPF: 110.524.237-44

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981490224

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Araujo da Silva

Nascimento: 01/01/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991264639

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Bittencourt Pereira

Nascimento: 27/05/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970043584

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Borges

Nascimento: 04/05/1993

Sexo: Masculino

CPF: 144.942.827-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995058436

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Calian Lapa

Nascimento: 03/01/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965414766

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Vinicius Campelo da Silva Oliveira

Nascimento: 17/07/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35933893

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Candido I. Filho

Nascimento: 11/08/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988881336

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Cardoso Brandão

Nascimento: 21/12/1974

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Correa Pinheiro de Souza

Nascimento: 31/07/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970078781

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Correia de Serqueira

Nascimento: 22/04/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41162456 / 983145044

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Costa de Souza

Nascimento: 09/03/1990

Sexo: Masculino

CPF: 133.254.457-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970368023

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Vinicius da Conceição Santos

Nascimento: 08/06/1992

Sexo: Masculino

CPF: 140.639.867-56

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993860664

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius da Costa

Nascimento: 31/05/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24183280-964292261

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius da Costa Campos

Nascimento: 21/07/1995

Sexo: Masculino

CPF: 162.303.937-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974818449

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos vinicius da Cunha de Albuquerque

Nascimento: 13/09/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994968948

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius da Mata Perassoli

Nascimento: 05/12/1980

Sexo: Masculino

CPF: 091.139.987-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23943806-983561756

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius da Paz Costa

Nascimento: 14/07/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 7749-0997

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Sheila Georgia da Paz

CPF Resp.Fin.: 117.537.997-24

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Vinicius da Silva Ferreira

Nascimento: 24/08/1995

Sexo: Masculino

CPF: 172.221.197-01

Logradouro: Rua Soldado José de Souza

Número: 200

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 980904279

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius da Silva Sales

Nascimento: 29/02/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975706525

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius de Jesus de Assis

Nascimento: 01/11/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997056980

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius de Melo Correia

Nascimento: 04/10/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34036318

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius de Oliveira

Nascimento: 17/08/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985090780

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius de Oliveira Araujo

Nascimento: 11/10/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985826550

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.: Joyce Silva de Oliveira Nascimento de Araujo

CPF Resp.Fin.:094.299.577-59

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Vinicius de Paula Souza

Nascimento: 21/11/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970397320

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius de S. de Andrade

Nascimento: 15/07/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: Sem telefone

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Dias

Nascimento: 15/01/1972

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976789761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Dias Leite

Nascimento: 11/10/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986249896

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius do Nascimento

Nascimento: 17/06/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31085675-988055958

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius dos Anjos Silva

Nascimento: 06/02/1982

Sexo: Masculino

CPF: 054.778.497-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993002237

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Vinicius dos Santos

Nascimento: 10/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988150904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Fausto Rocha

Nascimento: 08/06/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986739319

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Ferreira Nunes

Nascimento: 02/05/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968956179

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Gama Baiense

Nascimento: 29/01/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964298839

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Gomes da Costa

Nascimento: 25/06/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990883009

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Gomes da Silva

Nascimento: 01/02/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998457051

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Vinicius Gonçalves

Nascimento: 07/05/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982489867

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Guimaraes Pereira

Nascimento: 05/01/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31567302-987069615

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Joselia Guimaraes

CPF Resp.Fin.: 111.438.077-66

**Nome:** Marcos Vinicius Lima dos Santos

Nascimento: 26/08/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969561995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Lira dos Santos

Nascimento: 19/12/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992397220

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Marçal Meira

Nascimento: 16/04/1999

Sexo: Masculino

CPF: 175.338.857-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989848738

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Martins Gomes

Nascimento: 21/01/1993

Sexo: Masculino

CPF: 140.094.307-88

Logradouro: Rua da Paz

Número: 32

Complemento: casa

Bairro: Paciencia

Cidade:

CEP:

UF: RJ

Telefones: 34095871 / 986649053

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Vinicius Medeiros da Silva

Nascimento: 09/06/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27657808

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Nogueira Barreto

Nascimento: 11/11/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33563733-

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Novaes da Silva

Nascimento: 20/01/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998055565

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Pacheco dos Santos

Nascimento: 04/07/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969853369

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Paixao Pinto

Nascimento: 18/06/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34846439

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Pereira da Silva

Nascimento: 29/01/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980219820

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marcos Vinicius Pinto Joaquim		
Nascimento:	15/04/1987	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	113.415.097-02
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	974109517	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Vinicius Raymundo Batista		
Nascimento:	05/08/1994	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	968731088	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Vinicius Santana da Silva		
Nascimento:	12/12/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	7733-7587	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Monica Santana de Jesus	CPF Resp.Fin.:	024.265.717-64
<b>Nome:</b>	Marcos Vinicius Silva Carneiro		
Nascimento:	23/04/2003	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	975541793	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marcos Vinicius Silva dos Santos		
Nascimento:	21/02/1999	Sexo:	Masculino
Logradouro:	Estrada Manuel Nogueira de Sá	CPF:	
Bairro:		Número: 47	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	990436542	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Soraya Silva dos Santos	CPF Resp.Fin.:	168.053.207-39
<b>Nome:</b>	Marcos Vinicius Silva Pereira		
Nascimento:	01/02/1987	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	990195950-24181863	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Campo Grande 1	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcos Vinicius Sousa Costa

Nascimento: 25/04/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965021569

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Souza de Lima

Nascimento: 31/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992564290

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Tavares Paula

Nascimento: 12/01/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996371608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcos Vinicius Viana de Barros

Nascimento: 24/10/1997

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985201688

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Andre de Andrade Nunes

Nascimento: 10/08/1996

Sexo: Masculino

CPF: 176.519.937-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993799481

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Antonio da Silva Pedrosa

Nascimento: 14/04/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995641403

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcus Felipe da Silva Bote

Nascimento: 05/11/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971250356

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Gabriel Fonseca Santos

Nascimento: 01/04/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996254790

E-Mail:

Alerta Médico: Sem Modelo

Convênio: Crislaine Ranquine

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Paulo Moreira Cristina

Nascimento: 27/03/1988

Sexo: Masculino

CPF: 122.676.337-52

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974095849

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Paulo Silva da Cruz

Nascimento: 28/04/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994163027

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Paulo Silva Pereira

Nascimento: 14/04/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986943085

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Alves Rodrigues

Nascimento: 04/12/1995

Sexo: Masculino

CPF: 164.712.137-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984575851

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcus Vinicius Cabral Soares

Nascimento: 16/04/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34227679

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Constança de Souza

Nascimento: 12/01/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985650917

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Cunha de Souza

Nascimento: 02/09/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26826721

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius de Aguiar Santos

Nascimento: 22/02/1997

Sexo: Masculino

CPF: 176.670.047-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985607352

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius de Araujo Soares

Nascimento: 07/10/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988337418

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Doria Sousa

Nascimento: 01/03/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969406200

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcus Vinicius Dutra

Nascimento: 21/05/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964052076

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Gomes Rodrigues

Nascimento: 15/07/1983

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Lima da Silva

Nascimento: 11/10/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995513576

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Lima Figueiredo

Nascimento: 07/02/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31439037-992177320

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Lucio Garcia

Nascimento: 18/10/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974691637

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Machado Domingos

Nascimento: 19/08/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993358471

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcus Vinicius Nunes Gomes

Nascimento: 15/04/1990

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius P. de A. Porto

Nascimento: 09/11/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970370741

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Pacheco Augusto

Nascimento: 25/11/1956

Sexo: Masculino

CPF: 413.490.597-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985573001

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Palacio Rodrigues

Nascimento: 28/05/1997

Sexo: Masculino

CPF: 156.434.497-57

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987393545

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Pereira da Silva

Nascimento: 07/07/1992

Sexo: Masculino

CPF: 149.988.037-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992253481

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marcus Vinicius Reis Souza

Nascimento: 19/10/2009

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34240328-975211200

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Natasha Reis

CPF Resp.Fin.: 142.405.497-44

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marcus Vinicius Silva S. do Nascimento

Nascimento: 08/02/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985483983

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mardem da Silva Alves

Nascimento: 01/02/1980

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mare Anne Almeida dos Anjos

Nascimento: 15/03/1982

Sexo: Feminino

CPF: 787.993.842-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967545879

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marfisa Vasconcelos Almeida

Nascimento: 27/03/1952

Sexo: Feminino

CPF: 065.475.325-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24128095

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Margarete Cunha de Alcantra

Nascimento: 03/10/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974320738

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Margarete Cunha dos Santos Marques

Nascimento: 09/04/1963

Sexo: Feminino

CPF: 898.447.007-44

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984356753

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Margarete Soares de Moura

Nascimento: 22/01/1968

Sexo: Feminino

CPF: 020.743.457-39

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Margareth Barbosa Marçal

Nascimento: 18/04/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968342494

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Margareth David Rios

Nascimento: 24/02/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24135684-985585684

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Margareth Felix Vieira

Nascimento: 14/09/1970

Sexo: Feminino

CPF: 021.783.177-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998242063

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Margarida Cristina Souto Aires

Nascimento: 10/06/1970

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969070108

E-Mail:

Alerta Médico: SEM MODELO

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Margarida Thomas Costa

Nascimento: 14/10/1955

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32923689

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria de Louders Pereira deFreitas

Nascimento: 23/09/1961

Sexo: Feminino

CPF: 278.844.574-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32925590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Adelaide Rodrigues dos Santos

Nascimento: 24/01/1946

Sexo: Feminino

CPF: 890.114.657-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24064307

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Alcina Marques Alves

Nascimento: 26/02/1952

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981110516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Alcina Sá

Nascimento: 02/03/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979924526

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aldenora da Silva Cruz

Nascimento: 13/10/1961

Sexo: Feminino

CPF: 799.138.737-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973062020

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Alessandra da Silva Pereira

Nascimento: 09/10/1990

Sexo: Feminino

CPF: 052.342.053-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982932594

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Alice de Souza Borges

Nascimento: 13/08/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989885025

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Alice Martins Ribeiro

Nascimento: 13/07/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994778864

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Alice Santos de Oliveira

Nascimento: 23/06/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968746970

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Altiva de Carvalho

Nascimento: 06/09/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991649557

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Altiva de Carvalho

Nascimento: 06/09/0181

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991649557

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Alves de Araujo

Nascimento: 11/07/1946

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Alves Pereira

Nascimento: 12/03/1943

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34063229

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Amara de Oliveira

Nascimento: 04/04/1937

Sexo: Feminino

CPF: 018.142.047-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31086944

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Andressa Lima Ferreira

Nascimento: 27/08/1997

Sexo: Feminino

CPF: 180.552.087-35

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33130823

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Angela Gonçalves

Nascimento: 20/10/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964361655

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Angela Gonçalves Pereira

Nascimento: 20/10/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964361655

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Angelica de Araujo

Nascimento: 23/06/1980

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984710488

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Angelica de Souza Raposo

Nascimento: 22/05/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991326373

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Angelica Pereira T. de Andrade

Nascimento: 13/11/1982

Sexo: Feminino

CPF: 100.445.637-95

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995139899

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Angelica Pereira Tambasco de Andrade

Nascimento: 13/11/1982

Sexo: Feminino

CPF: 100.445.637-95

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995139899

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Angelica Ribeiro Neves Reis

Nascimento: 22/04/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983381207

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Angelica Santos Assumpção Pereira

Nascimento: 24/03/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972387725

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Angelica Souza Vanderlei

Nascimento: 05/03/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33135724

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Antonia da Silva

Nascimento: 19/10/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33949151-991950381

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Antonia Marreiros da Silva

Nascimento: 12/07/1977

Sexo: Feminino

CPF: 807.136.023-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967473164 / 33651895

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecia S. dos Santos Sousa

Nascimento: 01/01/1964

Sexo: Feminino

CPF: 795.325.787-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999926375

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Barbosa Ferreira

Nascimento: 29/05/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964748553

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida China de Araujo

Nascimento: 22/07/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985615408

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida de Figueiredo

Nascimento: 28/02/2000

Sexo: Feminino

CPF: 187.026.847-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969296854

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Aparecida de Medeiros

Nascimento: 26/10/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968073766

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida de Siqueira

Nascimento: 09/09/1967

Sexo: Feminino

CPF: 581.067.664-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23944512 - 981347910

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida de Souto Silva

Nascimento: 11/02/1940

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34070369

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida de Souza Nery

Nascimento: 03/03/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985623077

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida dos Santos

Nascimento: 16/01/1975

Sexo: Feminino

CPF: 089.109.117-35

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989591362

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida dos Santos

Nascimento: 16/01/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989591362

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Aparecida dos Santos Gomes

Nascimento: 21/04/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34240499

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Ezequiel

Nascimento: 12/05/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982293281

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Fagundes de Lima

Nascimento: 03/01/1985

Sexo: Feminino

CPF: 008.106.021-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970351515

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Fernandes Nunes

Nascimento: 31/10/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983378951

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Ferreira da Silva

Nascimento: 19/01/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33840124-970009781

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Jorge Magalhaes

Nascimento: 07/06/1979

Sexo: Feminino

CPF: 082.480.627-16

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987648490

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Aparecida Melo de Almeida

Nascimento: 11/08/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964687006

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida N. de Albuquerque

Nascimento: 01/09/1956

Sexo: Feminino

CPF: 410.986.257-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24132397

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Neres

Nascimento: 12/10/1969

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985017888

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Oakis B. de Souza

Nascimento: 19/03/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Rodrigues

Nascimento: 12/10/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973063067

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Rodrigues Costa

Nascimento: 07/07/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24101324 - 985746224

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Aparecida Sales Alves

Nascimento: 11/05/1943

Sexo: Feminino

CPF: 001.362.257-99

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991333315

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Santos

Nascimento: 29/02/1976

Sexo: Feminino

CPF: 782.562.323-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31086340 / 985648860

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Regis

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Aparecida Silva Mendes

Nascimento: 13/04/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985293434

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Apparecida

Nascimento: 01/07/1936

Sexo: Feminino

CPF: 012.369.697-66

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31494408-24155775

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Auxiliadora Borges Benevenuto

Nascimento: 18/10/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995465516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Auxiliadora de Jesus Santos

Nascimento: 20/08/1995

Sexo: Feminino

CPF: 159.133.287-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 2418473/ 9686463667

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Basrbosa Rufino

Nascimento: 30/03/1935

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33774548

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Batista dos Santos Anianes

Nascimento: 04/05/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974262248

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Beatriz de Carvalho Pereira

Nascimento: 24/01/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33642730

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Beatriz de Carvalho Pereira

Nascimento: 24/01/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33642730

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.: Carlos Alexandre Vieira Pereira

CPF Resp.Fin.:010.483.607-50

**Nome:** Maria Beatriz Felix Porto Gomes

Nascimento: 06/02/1991

Sexo: Feminino

CPF: 147.591.567-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964513161

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Beatriz Felix Porto Gomes

Nascimento: 06/02/1991

Sexo: Feminino

CPF: 147.591.567-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964513161

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Bernardete Soares de Mello

Nascimento: 10/02/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964310954

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Betania de Almeida Araujo

Nascimento: 20/04/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Betania Ferreira da Silva

Nascimento: 01/07/1973

Sexo: Feminino

CPF: 819.229.574-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992809528

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Carolina Coutinho Barrozo Freitas

Nascimento: 28/05/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980385826

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Andressa de Andrade Guedes

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Carolina Menezes S. Guedes

Nascimento: 09/06/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33579479-990306655

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Carolina Narde Zacharias Mota

Nascimento: 29/04/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964476731

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Carolina Viana Pontes

Nascimento: 21/12/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993912524

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Caroline Bispo de Araujo

Nascimento: 02/04/1982

Sexo: Feminino

CPF: 054.831.917-06

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998205881

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cecilia Valentim da Silva

Nascimento: 28/06/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24063416

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Celene Lima Gomes

Nascimento: 28/11/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996648889

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Celene Lima Gomes

Nascimento: 28/11/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Celeste da Silva

Nascimento: 09/04/1969

Sexo: Feminino

CPF: 036.659.237-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988542461 / 31469587

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Celeste Teixeira Peixoto

Nascimento: 27/08/1965

Sexo: Feminino

CPF: 866.082.317-98

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33321495/998158943

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Celma Cruz de Assis

Nascimento: 04/04/1950

Sexo: Feminino

CPF: 075.293.017-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34038213

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Celma Cruz de Assis

Nascimento: 04/04/1950

Sexo: Feminino

CPF: 075.293.017-64

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34038213

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Ciceliana

Nascimento: 20/09/1994

Sexo: Feminino

CPF: 058.582.123-28

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 90101472

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cicera dos Santos

Nascimento: 25/01/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983534414

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: June Fernanda

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cintia da Cruz

Nascimento: 18/03/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 91872896

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Clara Almeida

Nascimento: 02/03/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999915035

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Andrade de Moura

Nascimento: 11/09/1998

Sexo: Feminino

CPF: 176.925.087-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32642992-964785710

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Barreto Moraes Pinto

Nascimento: 17/11/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980530111

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Barros de Araujo

Nascimento: 08/05/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23169982-989041787 - 972099426

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Barros de Carvalho

Nascimento: 09/02/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987021401

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.: Carla Barros

CPF Resp.Fin.:096.663.517-57

**Nome:** Maria Clara Bastos Machado Rosa

Nascimento: 24/12/1947

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro: Rua Manoel Furtado

Número: 36

Complemento:

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 24110619 / 987986019

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Clara Bastos Machado Rosa		
Nascimento:	24/12/1947	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular 02	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Clara Batista de Moraes		
Nascimento:	12/05/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Clara da Silva Oliveira		
Nascimento:	03/03/2015	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964091078	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Clara da Silva Ribeiro		
Nascimento:	03/10/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33944828 / 978560803	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Clara de Castro Garbelotti		
Nascimento:	10/11/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	987254307	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	maria clara de lima soares		
Nascimento:	02/05/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:	rua artur cavalcante junior	CPF:	
Bairro:	santissimo	Número: 15	Complemento:
Telefones:	24029644	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	silva batista de lima	CPF Resp.Fin.:	320.750.492-20

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** maria clara de lima soares

Nascimento: 02/05/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: rua artur cavalcante junior

Número: 15

Complemento:

Bairro: santissimo

Cidade: rio de janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 964411861/24029644

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.: silvia batista de lima

CPF Resp.Fin.:320.750.492-20

**Nome:** Maria Clara de Miranda Silva

Nascimento: 02/01/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964416690

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara dos Santos Almeida Carmo

Nascimento: 23/04/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981796477

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Eliana dos Santos de Almeida Carmo

CPF Resp.Fin.:813.642.617-15

**Nome:** Maria Clara dos Santos Camacho

Nascimento: 24/05/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964393354

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara dos Santos Silva

Nascimento: 29/12/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973895438

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Paula Cradoso dos Santos

CPF Resp.Fin.:054.149.007-95

**Nome:** Maria Clara Evangelista

Nascimento: 15/08/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964122549

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: June Fernanda

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Clara F. Lima

Nascimento: 08/03/2014

Sexo: Feminino

CPF: 207.992.357-92

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982140645

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Feitosa Souza

Nascimento: 20/08/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965635457

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Ferreira Passos

Nascimento: 23/05/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36895660

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Nobrega da Silva

Nascimento: 13/07/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988425696

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.: Lucia Andrea Nobrega

CPF Resp.Fin.:008.872.687-81

**Nome:** Maria Clara Peixao Silva

Nascimento: 13/02/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993926096

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Peixoto

Nascimento: 17/07/2019

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 2413-5214

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Clara Pereira da Silva

Nascimento: 29/07/1993

Sexo: Feminino

CPF: 151.698.887-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984653384

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Pimenta Gama

Nascimento: 19/10/2005

Sexo: Feminino

CPF: 169.164.017-45

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983857456

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Rangel

Nascimento: 18/04/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24105506

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Rodrigues Bantim

Nascimento: 14/06/1999

Sexo: Feminino

CPF: 011.539.077-47

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33161027

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Sevaroli Goes

Nascimento: 04/03/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986188294

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Larissa Regina Sevaroli

CPF Resp.Fin.:004.793.187-60

**Nome:** Maria Clara Severo Rabello

Nascimento: 20/05/1997

Sexo: Feminino

CPF: 059.364.177-95

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24111607 / 975078226

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Clara Severo Rebello

Nascimento: 20/05/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24111607

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Silva de Carvalho

Nascimento: 28/08/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993842562

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Silva Verissimo

Nascimento: 19/01/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965579405

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Souza Silva

Nascimento: 25/06/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970050385

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Clara Teixeira Mello

Nascimento: 20/08/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33844326-973859844

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Gisele Teixeira

CPF Resp.Fin.: 105.306.997-96

**Nome:** Maria Clara Titu Araujo Alves da Cruz

Nascimento: 12/12/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973906343

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Claudia Silva de Moura

Nascimento: 16/06/1971

Sexo: Feminino

CPF: 012.038.707-79

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986462539 / 988929511

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Claudio Oliveira Pereira

Nascimento: 13/08/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980993785

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cleudes Araujo Pereira Silva

Nascimento: 16/08/1978

Sexo: Feminino

CPF: 080.050.857-29

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980827981

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Conceição da Silva

Nascimento: 28/09/1970

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24194817 / 974129630

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cristian da Silva

Nascimento: 15/04/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993311915

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cristiana V. de Oliveira

Nascimento: 06/12/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Cristina Carlos da Silva

Nascimento: 16/04/1972

Sexo: Feminino

CPF: 010.737.907-46

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999185899

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cristina do Nascimento

Nascimento: 04/11/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24117068

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cristina dos S. G. Valongo

Nascimento: 18/12/1972

Sexo: Feminino

CPF: 035.435.677-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998051569

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cristina Mendes da Silva

Nascimento: 04/11/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cristina Novaes de Souza

Nascimento: 05/05/1965

Sexo: Feminino

CPF: 844.790.277-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24110589

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Cristina Rodrigo Timoteo

Nascimento: 10/11/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24116935

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Isabel C. Pol

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Cristina Rodrigues Timotio

Nascimento: 10/11/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24116935

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição

Nascimento: 08/12/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973782854

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição Alves

Nascimento: 10/12/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983277770

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição Alves

Nascimento: 28/08/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34062476

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceicao Alves Pereira

Nascimento: 06/11/1992

Sexo: Feminino

CPF: 050.237.063-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973122590

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição Anjo

Nascimento: 07/01/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria da Conceição Cordeiro da Silva

Nascimento: 08/12/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987707683

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição da Fonseca de Oliveira

Nascimento: 17/10/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30829094

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição da Silva Pereira

Nascimento: 19/12/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 22628094

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição de Araújo

Nascimento: 29/07/1953

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição de Jesus

Nascimento: 01/12/1956

Sexo: Feminino

CPF: 546.876.407-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24943420

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição de Mello

Nascimento: 30/01/1949

Sexo: Masculino

CPF: 529.010.847-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria da Conceição de Oliveira Morais

Nascimento: 24/08/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição Dias da Silva

Nascimento: 28/09/1954

Sexo: Feminino

CPF: 429.128.147-15

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33778563-984434588

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição Nascimento da Silva

Nascimento: 30/05/1969

Sexo: Feminino

CPF: 011.238.807-86

Logradouro: Rua Ernani de Paiva

Número: 15 B

Complemento:

Bairro: Cosmos

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 985952511 / 34266555

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcio Maciel

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição Silva de Azevedo

Nascimento: 26/12/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971318086

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição Silva de Paula

Nascimento: 01/11/1960

Sexo: Feminino

CPF: 025.921.337-39

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34077242

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Conceição Silva Leitão

Nascimento: 08/09/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26864206 / 987614628

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria da Conceição Vitor Santos

Nascimento: 21/10/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21462265

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Gloria Coelho dos Santos Dias

Nascimento: 14/12/1961

Sexo: Feminino

CPF: 670.905.757-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997291574 37973789

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Gloria de O. Barbosa

Nascimento: 01/11/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Gloria de Oliveira

Nascimento: 01/11/1979

Sexo: Feminino

CPF: 083.448.717-94

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998468373

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Gloria dos Reis Fernandes

Nascimento: 11/08/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24030819

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Gloria Rocha de Carvalho

Nascimento: 06/04/1953

Sexo: Feminino

CPF: 034.094.397-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34064966

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria da Gloria Rocha de Cravalho		
Nascimento:	06/04/1953	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24126359	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria da Graça Patricio		
Nascimento:	10/10/1948	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	763.537.967-49
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969358822	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria da Guia F. F. da Cruz		
Nascimento:	09/02/1971	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983484855	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	barboza.d@hotmail.com
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria da Guia Heloiza		
Nascimento:	30/10/2013	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33953669	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria da Guia Nascimento dos Santos		
Nascimento:	18/11/1975	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	020.616.474-21
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980468956	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria da Guia Pereira		
Nascimento:	20/01/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969652603	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria da Guia Rodrigues

Nascimento: 06/04/1971

Sexo: Feminino

CPF: 011.630.747-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34035454-985993876

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Luz Barbosa da Silva

Nascimento: 07/03/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24172496 / 980528419

E-Mail:

Alerta Médico: COM TRAÇADO

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Paixao Marcelina conceição

Nascimento: 29/03/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995164188

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Paz V. de Sousa Nuzza de Souza

Nascimento: 22/03/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Penha da silva

Nascimento: 08/10/1958

Sexo: Feminino

CPF: 513.550.517-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33143653

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Penha de Souza Cabral

Nascimento: 25/04/1952

Sexo: Feminino

CPF: 328.528.787-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997759125

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria da Penha de Souza Vita

Nascimento: 18/02/1948

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34037880

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Penha Ferreira da Silva

Nascimento: 29/06/1959

Sexo: Feminino

CPF: 846.242.647-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993159569

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Penha Teodoro

Nascimento: 06/08/1965

Sexo: Feminino

CPF: 865.311.157-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986934742

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria da Piedade

Nascimento: 05/02/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31565701

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Daiane Silva Lima

Nascimento: 16/10/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965271616

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Dalva Alves

Nascimento: 29/08/1974

Sexo: Feminino

CPF: 042.642.257-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988588577

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Daniele Pereira da Silva dos Santos

Nascimento: 28/02/1988

Sexo: Feminino

CPF: 070.304.424-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993169893

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Espaço Sorrir / Estação Sorrir

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Dores de Oliveira

Nascimento: 30/11/1984

Sexo: Feminino

CPF: 057.447.494-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97509-7823

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Dores F. Alves Nunes

Nascimento: 20/02/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31569478-982099465

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Dores Gonçalves da Silva

Nascimento: 01/04/1948

Sexo: Feminino

CPF: 372.716.017-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31170048

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Dores P. dos Santos

Nascimento: 19/08/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976327689

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Dores Silva Gomes

Nascimento: 20/05/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria das Graça de Souza Marques

Nascimento: 19/04/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998483788

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Graças

Nascimento: 05/12/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971222273

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Graças da S. C. Moreira

Nascimento: 27/11/1947

Sexo: Feminino

CPF: 632.243.647-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24176691

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Graças Alves Saraiva

Nascimento: 24/12/1961

Sexo: Feminino

CPF: 734.824.397-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997291411

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Graças Bezerra da Silva

Nascimento: 03/09/1970

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988690371

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimir

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Graças Bezerra da Silva

Nascimento: 22/03/1970

Sexo: Feminino

CPF: 014.170.467-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33163824

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria das Graças de Assis Ferreira		
Nascimento:	11/10/1969	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	011.713.747-20
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	31081996	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria das Graças de Melo		
Nascimento:	10/03/1971	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	021.557.017-05
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34266628	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria das Graças de Souza		
Nascimento:	10/10/1961	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	699.798.397-91
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987536313	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria das Graças Duarte Gils		
Nascimento:	04/05/1963	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	99441-9622	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria das Graças Mendonça da Silva		
Nascimento:	01/05/1982	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33143311 / 985320571	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria das Gracas Neves Nunes		
Nascimento:	02/06/1953	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	997927361	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria das Graças Oliveira Azevedo		
Nascimento:	16/09/1948	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24152061	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clinica L V - Lilian Vasques	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria das Graças Reis e Silva		
Nascimento:	21/01/1951	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	23944155	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria das Graças Rocha da Silva		
Nascimento:	06/04/1955	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	660.525.567-49
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24096698-999425392	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria das Graças Serafim Sousa		
Nascimento:	05/07/1984	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	997027402	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Val	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria das Graças Soares Carneiro		
Nascimento:	20/04/1948	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	969.415.707-25
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	31580811	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria das Graças Sousa		
Nascimento:	25/08/1949	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	983975140	E-Mail:	
Alerta Médico:	Entregar Laudo no consultório		
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria das Neves Fernandes Coelho

Nascimento: 16/03/1950

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33844550

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Neves Silva

Nascimento: 05/08/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985258732 - 24031488

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria das Neves Silva Oliveira

Nascimento: 25/07/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985311118

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima A. de Sena Lima

Nascimento: 18/05/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976118218

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima Coelho de Oliveira

Nascimento: 26/04/1963

Sexo: Feminino

CPF: 808.118.847-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999044995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de fatima Cruz

Nascimento: 06/09/1953

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972922470

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria de Fatima da Costa Radin

Nascimento: 04/12/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995034348

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima de Oliveira Bitencourt

Nascimento: 13/05/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970464289

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima de Souza Moura

Nascimento: 22/05/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31570802

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima Estevão Cota Moraes

Nascimento: 20/05/1979

Sexo: Feminino

CPF: 032.291.804-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 3469-8031 / 97263-3258

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima Ferreira

Nascimento: 26/07/1981

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965401227

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima Garcia da Silva

Nascimento: 13/10/1953

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31085349

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria de Fatima Gomes

Nascimento: 01/01/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986603601

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima Ignacio Coelho

Nascimento: 08/07/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975377404

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima Inacio Coelho

Nascimento: 08/07/1981

Sexo: Feminino

CPF: 053.005.867-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23943114

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima Inacio Coelho de Oliveira

Nascimento: 08/07/1981

Sexo: Feminino

CPF: 053.005.867-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975377404

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima Lopes da Silva

Nascimento: 25/05/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34098980

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima Lopes da Silva

Nascimento: 25/05/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34098980

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria de Fatima Marinho Gonçalves Galdino  
**Nascimento:** 28/01/1965 **Sexo:** Feminino  
**Logradouro:**  
**Bairro:** **Cidade:**  
**Telefones:** 998480077  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Particular  
**Resp. Fin.:**

**CPF:**  
**Número:** **Complemento:**  
**CEP:** **UF:**  
**E-Mail:**  
**Carteira:**  
**CPF Resp.Fin.:**

**Nome:** Maria de Fatima N. M. de Mello  
**Nascimento:** 25/01/1954 **Sexo:** Feminino  
**Logradouro:**  
**Bairro:** **Cidade:**  
**Telefones:**  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Odonto Show  
**Resp. Fin.:**

**CPF:**  
**Número:** **Complemento:**  
**CEP:** **UF:**  
**E-Mail:**  
**Carteira:**  
**CPF Resp.Fin.:**

**Nome:** Maria de Fatima Nunes de Jesus  
**Nascimento:** 01/09/1970 **Sexo:** Feminino  
**Logradouro:**  
**Bairro:** **Cidade:**  
**Telefones:** 32917578  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Particular  
**Resp. Fin.:**

**CPF:**  
**Número:** **Complemento:**  
**CEP:** **UF:**  
**E-Mail:**  
**Carteira:**  
**CPF Resp.Fin.:**

**Nome:** Maria de Fatima Pereira da Silva  
**Nascimento:** 25/05/1987 **Sexo:** Feminino  
**Logradouro:**  
**Bairro:** **Cidade:**  
**Telefones:** 38020079  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Particular  
**Resp. Fin.:**

**CPF:**  
**Número:** **Complemento:**  
**CEP:** **UF:**  
**E-Mail:**  
**Carteira:**  
**CPF Resp.Fin.:**

**Nome:** Maria de Fatima Soares Agostinho  
**Nascimento:** 04/10/1963 **Sexo:** Feminino  
**Logradouro:**  
**Bairro:** **Cidade:**  
**Telefones:** 987498881  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Particular  
**Resp. Fin.:**

**CPF:** 816.316.857-91  
**Número:** **Complemento:**  
**CEP:** **UF:**  
**E-Mail:**  
**Carteira:**  
**CPF Resp.Fin.:**

**Nome:** Maria de Fatima Souza P. Rodrigues  
**Nascimento:** 13/02/1962 **Sexo:** Feminino  
**Logradouro:**  
**Bairro:** **Cidade:**  
**Telefones:** 964244381  
**Alerta Médico:**  
**Convênio:** Raphael Nascimento  
**Resp. Fin.:**

**CPF:**  
**Número:** **Complemento:**  
**CEP:** **UF:**  
**E-Mail:**  
**Carteira:**  
**CPF Resp.Fin.:**

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria de Fatima Tome

Nascimento: 09/09/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967134710

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Fatima Vieira

Nascimento: 12/06/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992984417

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Jesus de Andrade Furtado

Nascimento: 01/12/1972

Sexo: Masculino

CPF: 016.753.437-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34067544

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Vital Sorriso

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Jesus F. Victorino

Nascimento: 21/10/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991966115

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Jose Altamirando do Nascimento

Nascimento: 04/11/1968

Sexo: Feminino

CPF: 530.339.815-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984824248

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lima Costa

Nascimento: 08/04/1942

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24135444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria de Lourdes Alzarex

Nascimento: 03/11/1955

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983850614

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lourdes Atayde Silva

Nascimento: 02/11/1950

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 241645367-

E-Mail: flavia.atayde@fortebens.com.br

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lourdes Carvalho de Mesquita

Nascimento: 06/09/1972

Sexo: Feminino

CPF: 042.519.857-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971978904

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lourdes da Costa Jorge

Nascimento: 04/05/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 887594158/24133748

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lourdes de Sousa

Nascimento: 21/02/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990786273

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lourdes de Souza

Nascimento: 21/02/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984110633

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria de Lourdes Dias dos Santos

Nascimento: 06/12/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973232418

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dr Victor

Carteira:

Resp. Fin.: Sonia Cristina Martins

CPF Resp.Fin.:094.310.877-23

**Nome:** Maria de Lourdes Faviewtti de Souza

Nascimento: 18/11/1968

Sexo: Feminino

CPF: 009.445.407-83

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991709292-33953411

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lourdes Santana

Nascimento: 28/08/1967

Sexo: Feminino

CPF: 019.381.274-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994087913

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lourdes Santos tavares

Nascimento: 01/01/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999855077

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Lucileia Regina Esperança

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lourdes Silveira dos Santos

Nascimento: 11/12/1954

Sexo: Feminino

CPF: 013.339.827-71

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24179174

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lourdes Soares da Silva

Nascimento: 13/10/1944

Sexo: Feminino

CPF: 595.486.907-30

Logradouro: Rua João Fabiano

Número: 19

Complemento:

Bairro: Seropédica

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 26827108 / 987579465

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentotec

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria de Lourdes Soares da Silva

Nascimento: 13/10/1944

Sexo: Feminino

CPF: 595.486.907-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lourdes Souto Cipriano

Nascimento: 27/02/1970

Sexo: Feminino

CPF: 091.938.917-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27570878-

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lurdes Silva Tenorio

Nascimento: 28/07/1958

Sexo: Feminino

CPF: 635.294.837-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24135416

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Lurdes Tomas

Nascimento: 03/10/1940

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988083449

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Oliveira

Nascimento: 01/01/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33143930

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria de Oliveira Soares

Nascimento: 12/05/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969672811

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria de Souza Ferreira		
Nascimento:	04/04/1957	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	988467496	E-Mail:	
Alerta Médico:	Exame Online		
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Dejanira G. David dos Santos		
Nascimento:	16/10/1967	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	264.853.892-53
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	97238-6314	E-Mail:	leandrocoast@gmail.com
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Del Rocio Aguirre Valencia		
Nascimento:	06/08/1969	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	982355138	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Denize Vieira da Costa		
Nascimento:	18/05/1986	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	118.347.997-24
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	23948977-982534723	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clinica Gonçalves	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Deolinda Fareleira Dias		
Nascimento:	25/08/1962	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33941553	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria do Carmo Aleixo da Silva		
Nascimento:	27/07/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	979944839	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria do Carmo da Silva		
Nascimento:	05/04/1954	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	984333152	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria do Carmo de Albuquerque Moura		
Nascimento:	29/07/1964	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	989735824	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria do Carmo Gomes Barcellos		
Nascimento:	25/02/1962	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34263298	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria do Carmo Nobrega da Silva		
Nascimento:	09/12/1957	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	443.234.177-72
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	988086782	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria do Carmo R. Silva Oliveira		
Nascimento:	27/02/1976	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	979559224	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria do Carmo Souza Medeiros		
Nascimento:	03/11/1936	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34203395-	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Cencro	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria do Carmo Viegas Fraga

Nascimento: 02/08/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34032519

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Livramento dos Santos Melo

Nascimento: 02/11/1969

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987609145

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Nascimento Moraes

Nascimento: 01/07/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967733863

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Perpetuo Socorro da Silva Juca

Nascimento: 10/10/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983757368

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Rosario da Silva

Nascimento: 06/05/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964344328

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Rosario P. da Silva

Nascimento: 29/12/1957

Sexo: Feminino

CPF: 667.564.137-91

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24016652

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria do Rosario R. Lima Conte

Nascimento: 22/09/1973

Sexo: Feminino

CPF: 045.478.987-40

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964996946

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Socorro Barbosa do Nascimento

Nascimento: 25/04/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32873013

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Socorro Chaves de Souza

Nascimento: 06/08/1982

Sexo: Feminino

CPF: 003.259.253-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976188480

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Socorro da Silva

Nascimento: 08/04/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967355289

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Socorro da Silva

Nascimento: 09/06/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Socorro dos S. de Souza

Nascimento: 05/06/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967328508

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria do Socorro Ferreira de Brito

Nascimento: 27/04/1975

Sexo: Feminino

CPF: 044.285.697-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994950748

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Socorro G. Araujo

Nascimento: 05/06/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27991149

E-Mail:

Alerta Médico: entrega em 3 dias

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Socorro Gonçalves Araujo

Nascimento: 05/06/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 977991149

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Socorro Lima Santos Tanos

Nascimento: 13/01/1975

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41121877

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Socorro Menezes Mororo

Nascimento: 02/11/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria do Socorro Ribeiro

Nascimento: 04/01/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24131014

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria do Socorro Thomaz de Souza

Nascimento: 19/02/1973

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98325569

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Dolores de Oliveira

Nascimento: 30/05/1939

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24114559

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Domingos de Freitas

Nascimento: 31/08/1965

Sexo: Feminino

CPF: 834.588.917-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33563775

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria dos Ramos de Lima

Nascimento: 05/06/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993786217

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Edileusa de Souza Dias

Nascimento: 26/12/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969337975

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Edileuza dos Santos Pacheco

Nascimento: 27/01/1978

Sexo: Feminino

CPF: 093.010.057-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33651789

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Edinete Oliveira de Andrade

Nascimento: 03/10/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980246372-965400624

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Edite Simoes Patricio

Nascimento: 13/08/1957

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 959057418

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Linhares Leite

Nascimento: 13/10/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964800697

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Alves e Costa

Nascimento: 30/08/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976570955

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Alves M. Pacheco

Nascimento: 21/11/2007

Sexo: Feminino

CPF: 158.912.817-67

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34043931

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Alves Rocha da Silva

Nascimento: 28/03/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35869316 / 987769060

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Virginia Cabral Hatano

Carteira:

Resp. Fin.: Renata Aparecida Alves Rocha da Silva

CPF Resp.Fin.:078.873.957-39

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Andrade Machado

Nascimento: 13/05/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986175726 / 33771603

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Raquel Rossane de Andrade Rodrigues

CPF Resp.Fin.: 110.900.567-96

**Nome:** Maria Eduarda Andrade Saad

Nascimento: 11/12/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23943629

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Aparecida Pereira

Nascimento: 20/01/2005

Sexo: Feminino

CPF: 186.484.457-44

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986826733

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda B. de Lima da Silva

Nascimento: 14/07/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964172666

E-Mail:

Alerta Médico: Vem Buscar

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Baptista Martins

Nascimento: 14/02/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32928675

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Barbosa Bento

Nascimento: 11/02/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36477558 / 969535011

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Barbosa Nestor

Nascimento: 16/03/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985850439

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Bezerra Faria

Nascimento: 26/12/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974333225

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Carvalho da Luz

Nascimento: 13/04/2006

Sexo: Feminino

CPF: 203.928.927-58

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994263607

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Carvalho Furtado

Nascimento: 01/10/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964906467

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Castro da Silva

Nascimento: 21/03/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990442990

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Cavalcanti

Nascimento: 28/05/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966962531

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Lidiane Cavancanti Duarte

CPF Resp.Fin.: 104.997.297-06

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Chaves da Silva

Nascimento: 06/10/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981074310

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.: Michelle da Silva Dias

CPF Resp.Fin.: 138.055.077-71

**Nome:** Maria Eduarda Conceição da Silva

Nascimento: 28/06/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985697961

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Correia Martins

Nascimento: 27/04/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976349110

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Costa

Nascimento: 31/08/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990739533

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Costa Argolo

Nascimento: 15/08/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970169518

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Costa de Almeida

Nascimento: 31/08/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975742480

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Cruz de Oliveira

Nascimento: 16/03/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97966-1337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda da Costa Araujo

Nascimento: 20/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983148296

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda da Cruz Torres

Nascimento: 03/09/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964704141

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda da Silva

Nascimento: 08/11/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991849389

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda da Silva Agostinho

Nascimento: 12/05/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965837066

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda da Silva Barbosa

Nascimento: 07/11/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974249786

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda da Silva Cantanhede

Nascimento: 08/07/2004 Sexo: Feminino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 986680847

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Resp. Fin.:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda da Silva Catanhede

Nascimento: 08/07/2004 Sexo: Feminino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 986680847

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Resp. Fin.:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda da Silva Correa

Nascimento: 20/02/2001 Sexo: Feminino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 984570823

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Resp. Fin.:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda da Silva Pinto

Nascimento: 19/04/2005 Sexo: Masculino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 974867470

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Resp. Fin.:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda da Silva Rabelo

Nascimento: 25/07/2005 Sexo: Feminino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 964170571

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Resp. Fin.:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda da Silva Rosa

Nascimento: 11/04/2004 Sexo: Feminino

Logradouro:

Bairro: Cidade:

Telefones: 33642805-971074152

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Resp. Fin.:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

UF:

E-Mail:

Carteira:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda da Silveira Pires

Nascimento: 11/09/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983055390

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Dal Cortivo

Nascimento: 06/07/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33650389-968012033

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda de Brito Garcia

Nascimento: 26/03/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987656677

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda de Oliveira

Nascimento: 08/01/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969367686

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda de Oliveira Penedo

Nascimento: 13/09/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988737324

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda de Sá Freire Terra

Nascimento: 07/12/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998912023

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Eduarda de Souza		
Nascimento:	26/05/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	994456463	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda de Souza Rocha		
Nascimento:	23/03/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	161.237.107-88
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	995302248	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Ilha	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Dias Ferreira		
Nascimento:	23/09/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964134235	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clinica Azul	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Dias Rodrigues		
Nascimento:	28/04/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	35184895	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Gleissiane Oliveira	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda do Amaral Alves		
Nascimento:	03/11/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	980561949	E-Mail:	
Alerta Médico:	Exame todo Online por opção da paciente, devido o custo.		
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda dos Reis Barbosa		
Nascimento:	19/06/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:		E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Eduarda dos S. Guimarães		
Nascimento:	12/03/2009	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:		E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda dos Santos T. Cesario		
Nascimento:	30/07/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964721657	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Val	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda dos Santos Ventura		
Nascimento:	10/07/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	186.049.227-41
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	994489205	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Fernandes de Souza		
Nascimento:	06/08/2009	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	968019019	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Dulcineia Fernandes Adao	CPF Resp.Fin.:	082.091.817-26
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Ferreira Pedroso		
Nascimento:	24/11/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	999121886	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Silvia Renata Ferreira Pedroso	CPF Resp.Fin.:	054.068.877-00
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Figueiredo de Melo		
Nascimento:	10/01/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	989871063	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Fonseca Ribeiro Moreira

Nascimento: 10/04/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987370113

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Fortes

Nascimento: 10/05/2014

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997232613

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda G. Alvim

Nascimento: 05/07/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986349312

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Gomes da Silva

Nascimento: 27/06/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965850937

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Gomes de Oliveira

Nascimento: 16/12/2014

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988840114

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Gomes de Oliveira

Nascimento: 04/09/1998

Sexo: Feminino

CPF: 172.285.897-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996011633

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Goncalves Rosse

Nascimento: 22/09/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33942048

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Gonçalves Alvim

Nascimento: 05/07/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986349312

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Iguinacio de Souza Pascoal

Nascimento: 27/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35921862/974288643

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Andrea Iguinacio de Souza Pascoal

CPF Resp.Fin.:034.488.057-50

**Nome:** Maria Eduarda Knauer Elias

Nascimento: 09/01/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976631523

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.: Marcia Knauer de Almeida

CPF Resp.Fin.:090.986.027-03

**Nome:** Maria Eduarda Lilo da Silva

Nascimento: 29/04/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970447888

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Policlínica Britânica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Lima Mendonça

Nascimento: 31/07/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964442680

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Cisiana Lima dos Santos

CPF Resp.Fin.:053.605.077-56

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Lucas C. Giannini		
Nascimento:	16/04/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	982725810	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Lucas Ribeiro Pereira		
Nascimento:	13/12/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964553420	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Renan Ribeiro	CPF Resp.Fin.:	116.056.847-24
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda M. Neves Santos		
Nascimento:	14/12/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	971158187	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Magalhães Souza de Oliveira		
Nascimento:	09/08/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Rua Antonio da Mota Macedo	CPF:	
Bairro:	Campo Grande	Número:	120 Complemento: C 02
Cidade:	Rio de Janeiro	CEP:	23059220 UF: RJ
Telefones:	964917874 / 24122139	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Gabriela Magalhães de Souza	CPF Resp.Fin.:	095.941.307-33
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Malheiros da Silva		
Nascimento:	06/01/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	973729501	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Marmelo Costa		
Nascimento:	08/09/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33496465	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Catia Cilene Marmelo Vieira	CPF Resp.Fin.:	934.998.767-87



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Marques Apostolico		
Nascimento:	22/07/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24160002-989370003	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Luciana Marques	CPF Resp.Fin.:	033.836.597-47
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Martins e Silva		
Nascimento:	17/07/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	31081230	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Mattos F. de Aguiar Pereira		
Nascimento:	17/11/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	972864805	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	Regina Lucia Audi da Silva	CPF Resp.Fin.:	604.569.227-68
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Nascimento Correa		
Nascimento:	20/06/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34271200	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Maristela	CPF Resp.Fin.:	094.428.167-21
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Nascimento Correa		
Nascimento:	20/06/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34271200	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Maristela de Jesus Nascimento	CPF Resp.Fin.:	094.428.167-21
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Neves Martins		
Nascimento:	11/04/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	972377447	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Oliveira Diogo

Nascimento: 17/10/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965951797

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Oliveira dos Santos

Nascimento: 30/12/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Ornelas

Nascimento: 05/11/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34062082-986076697

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.: Christiane Ornelas Ramos

CPF Resp.Fin.:075.041.837-09

**Nome:** Maria Eduarda P. da Costa

Nascimento: 27/09/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda P. Simoes

Nascimento: 22/09/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994224735

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Paredes da Silva

Nascimento: 16/01/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34030694

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Pereira de Aguiar

Nascimento: 09/12/2013

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23126537 - 988884454

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Pereira Filhagosa

Nascimento: 13/12/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24026028

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Pererira de Souza

Nascimento: 22/04/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999079765

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Patricia da Silva

CPF Resp.Fin.: 114.889.917-07

**Nome:** Maria Eduarda Pimentel Ramos

Nascimento: 05/11/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964139745

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Pinheiro E. Velludo

Nascimento: 04/08/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990339360

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Pontes Pinto

Nascimento: 25/07/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964395701

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Quirino Costa

Nascimento: 20/04/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico: dente 84

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Robeiro Gomes

Nascimento: 03/08/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24118720 / 979738222

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Fatima da Silva Gomes

CPF Resp.Fin.:021.710.327-82

**Nome:** Maria Eduarda Rodrigues

Nascimento: 27/06/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24152544

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Rodrigues Alves

Nascimento: 18/08/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969911278

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Rodrigues dos Santos

Nascimento: 30/10/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30251518

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Natalia Rodrigues de Oliveira

CPF Resp.Fin.:111.360.107-85

**Nome:** Maria Eduarda Rodrigues Santos

Nascimento: 10/01/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996149919

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Romero Thomas

Nascimento: 16/08/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972254192

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda S. de Moura

Nascimento: 07/05/2012

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34021508

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda S. de Souza

Nascimento: 19/03/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988649255

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Santos da Silva

Nascimento: 11/06/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34075341

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Santos da Silva

Nascimento: 04/12/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33564337

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Santos de Souza

Nascimento: 28/05/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964014340

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Juliana Abreu

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Santos de Souza

Nascimento: 22/03/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34022973

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Sgro Campos

Nascimento: 18/04/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981909482

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Silva de Mello

Nascimento: 23/10/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964310954

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Silva de Souza

Nascimento: 19/03/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989450437

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Silva Gregorio

Nascimento: 09/06/1999

Sexo: Feminino

CPF: 182.879.877-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992755331

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Silva Medeiros Jorge

Nascimento: 13/12/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965756082

E-Mail:

Alerta Médico: Pan na hora

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Eduarda Silveira de Lima

Nascimento: 28/05/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992112231

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Talaveira da Silva

Nascimento: 27/01/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996282910

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Teles da Silva

Nascimento: 25/05/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984379109

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Trigoli do Couto

Nascimento: 07/05/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986726939

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda V. Silva Nobre Duarte

Nascimento: 28/06/2001

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37969756-991432311

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eduarda Vaz Rodrigues Hora

Nascimento: 02/04/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23946271 - 976493968

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Vaz Rodrigues Hora		
Nascimento:	02/04/2005	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	23946271 / 976493968		
E-Mail:			
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Daniele Vaz Rodrigues	CPF Resp.Fin.:	097.907.507-65
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Venâncio de Carvalho		
Nascimento:	22/12/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	991390858		
E-Mail:			
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Viana Lima Rodrigues		
Nascimento:	18/09/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	981944294		
E-Mail:			
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Pedro Viana Lima Rodrigues Neto	CPF Resp.Fin.:	106.286.797-18
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Viana Lima Rodrigues		
Nascimento:	18/09/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	981944294		
E-Mail:			
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Vicente Lacerda da Silva		
Nascimento:	30/08/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964358310		
E-Mail:			
Alerta Médico:			
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Vieira de Souza		
Nascimento:	27/12/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24092808		
E-Mail:			
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Virla Salles Barbosa		
Nascimento:	01/11/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	32643622 / 996055554	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:	Renata Cristiane Martins Villa	CPF Resp.Fin.:	096.484.337-47
<b>Nome:</b>	Maria Eduarda Zamba de Almeida		
Nascimento:	08/12/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964921803	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eduardo de Amara da Fonseca		
Nascimento:	28/03/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	990170367	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Suzana Moraes	CPF Resp.Fin.:	118.964.827-08
<b>Nome:</b>	Maria Eliana da Silva		
Nascimento:	16/08/1970	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24065208	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Eliane de Andrade		
Nascimento:	26/01/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	991933845	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Elisa de Oliveira Silva		
Nascimento:	28/05/1963	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	855.233.137-34
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24061450	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Elisa Sousa de Lima

Nascimento: 25/08/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34979681

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Delira Gonçalves de Souza de Lima

CPF Resp.Fin.:080.360.317-79

**Nome:** Maria Elisabete de Jesus

Nascimento: 20/02/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996004102

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Elisabete França Vieira

Nascimento: 01/07/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Elisangela dos Santos Franca

Nascimento: 15/10/1996

Sexo: Feminino

CPF: 171.874.837-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Elisangela dos Santos Franca

Nascimento: 17/06/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995623371

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Elissandra da Silva Pereira

Nascimento: 09/10/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969473307

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Elizia Gomes Borcard

Nascimento: 15/02/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33322328

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Emilia Neves Santos

Nascimento: 29/12/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 22105790

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Tereza Cristina Neves Santos

CPF Resp.Fin.:848.778.637-53

**Nome:** Maria Ester da Silva Friedli

Nascimento: 02/08/1968

Sexo: Feminino

CPF: 003.430.927-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980833829

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Pasta Simples

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eugenia Pinto Lara de Jesus

Nascimento: 09/06/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983864622

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Eulalia de Oliveira Gomes

Nascimento: 02/02/1956

Sexo: Feminino

CPF: 452.145.147-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33943791

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Fabiana Moura Gonçalves

Nascimento: 18/06/1983

Sexo: Feminino

CPF: 015.686.663-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969084205

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Fernanda Correa Ribeiro

Nascimento: 25/01/2014

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33641160

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Tulio Santana

CPF Resp.Fin.:088.208.357-03

**Nome:** Maria Fernanda Coutinho Atanazio

Nascimento: 01/07/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34266814 / 984628903 / 980073264

E-Mail:

Alerta Médico: PAN NA HORA

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Fernanda da Silva Abdias

Nascimento: 05/02/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969617991

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Fernanda de Sousa Gadi

Nascimento: 04/02/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34046743

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Fernanda Ferreira Siqueira

Nascimento: 03/07/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987492487

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Fernanda Ferreira Siqueira

Nascimento: 03/07/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Fernanda Mattos Freire

Nascimento: 09/06/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31497996

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Fernanda Nunes dos Santos

Nascimento: 24/06/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21474035 -968020847

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Juliana Abreu

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Fernanda Souza da Cunha

Nascimento: 26/08/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33561942-989873046

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Francisca dos Santos

Nascimento: 21/05/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987809208

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Gabriela da Silva Motta

Nascimento: 26/06/1997

Sexo: Feminino

CPF: 161.982.847-27

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992864004

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Flavia e Dra Marcela

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Gabriela Pereira Nunes

Nascimento: 07/01/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984784241

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Gabrielle de Santanna de Oliveira		
Nascimento:	24/07/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	970561338	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Gabrielly da Silva Braga		
Nascimento:	08/11/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34077219	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Geogina Ribeiro de Oliveira		
Nascimento:	05/05/1956	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	974696618	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Geralda de Souza		
Nascimento:	07/11/1961	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	010.963.217-69
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	988333147 / 976728215	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Gerusa Gomes		
Nascimento:	05/01/1974	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	981867482	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Carolina Leite	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Gilda Marques Garcia		
Nascimento:	22/01/1977	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	513.849.812-68
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	965571669	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Gleciane da Silva Lima

Nascimento: 22/09/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996679780

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Gonçalves Mendes Camelo

Nascimento: 03/03/1952

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34632562

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Gorete Silva de O. Mata

Nascimento: 28/03/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988983898

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Gorette da Costa

Nascimento: 08/05/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30936511

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Grazielle de Arruda Machado

Nascimento: 05/11/1998

Sexo: Feminino

CPF: 171.813.707-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965788178

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Grazielle de Oliveira Vieira

Nascimento: 30/04/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993069877 / 992788431

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Silvana Gomes de Oliveira

CPF Resp.Fin.:667.943.153-00

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Guaciara Lourenço Pereira

Nascimento: 24/05/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986473439

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Heduarda Jose Alves da Silva

Nascimento: 03/10/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997521764

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.: Andreia Alves da Silva

CPF Resp.Fin.:072.727.307-81

**Nome:** maria helena barbosa feitosa

Nascimento: 18/09/1965

Sexo: Feminino

CPF: 944.610.157-34

Logradouro: rua amilca da silva fernades

Número: It7 dq16

Complemento:

Bairro: campo grande

Cidade: rio de janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 28364283/985056553

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Helena Batista Reis

Nascimento: 23/11/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966676039

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Helena Botelho da Costa

Nascimento: 07/01/1974

Sexo: Feminino

CPF: 035.180.227-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33542220-976239603

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Helena das Neves

Nascimento: 16/11/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964702470

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Helena de Araujo Rocha

Nascimento: 09/06/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24122085

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Helena de Araujo Veiga

Nascimento: 13/02/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966037979

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Helena de Barros

Nascimento: 04/08/1944

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23945522

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Helena de Barros

Nascimento: 04/08/1944

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23945522

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Helena de Moraes

Nascimento: 25/03/1948

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Helena de Souza

Nascimento: 04/11/1935

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34021924-34021652

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Helena de Souza		
Nascimento:	04/11/1935	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	960.034.484-15
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34021652	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Helena Ferreira Bispo		
Nascimento:	12/05/1963	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985075984 - 31560033	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Helena Pereira Daniel		
Nascimento:	23/09/1988	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	089.044.274-60
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983926655	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Helena S. Oliveira		
Nascimento:	27/08/1955	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988726784	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Helena Santos		
Nascimento:	18/02/1964	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	9990376445	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Helena Silva Furtado		
Nascimento:	05/12/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969408023	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Especialidente (Impres. e On )	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Helena Tiago de Almeida

Nascimento: 15/12/1948

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24113519

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Hosana Vieira da Silva

Nascimento: 17/07/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974562733

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Humberlandia da S. Palacio

Nascimento: 09/04/1941

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972010381

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira: part

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria I. dos Santos Nascimento

Nascimento: 18/07/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994685867

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Iaracema Dias Ferreira

Nascimento: 17/03/1960

Sexo: Feminino

CPF: 605.158.217-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975046506

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Ines Alves de Oliveira

Nascimento: 21/09/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33166819 / 998966619

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Ines de Carvalho

Nascimento: 02/06/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 21992424608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Ines Filiputti Dias

Nascimento: 30/03/1965

Sexo: Masculino

CPF: 069.523.868-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33171291

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Ingrid daConceição Cardoso

Nascimento: 24/02/1986

Sexo: Feminino

CPF: 111.436.517-31

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980826484

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Irismar Rodrigues Vieira

Nascimento: 06/07/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991256822

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Isabel C. F. Kloss

Nascimento: 18/04/2002

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965188775

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Isabel Cardozo Ferreira Kloss

Nascimento: 18/04/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965188775

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Isabel da Silva dos Santos

Nascimento: 19/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966593703

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Isabel de Almeida Guimaraes

Nascimento: 16/03/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992914470

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Isabel de Arruda

Nascimento: 13/02/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964526019

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Doctor Dent

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Isabel de Souza Martins

Nascimento: 10/12/1974

Sexo: Feminino

CPF: 038.686.947-22

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973508000

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Isabel dos Santos da Silva

Nascimento: 05/12/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34255720

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Isabel Fonseca de Andrade

Nascimento: 21/05/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965278072

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Isabel M. Q. dos Santos

Nascimento: 17/03/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983708574

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Isabel Mangueira

Nascimento: 16/11/1929

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 330224165

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Isabel Pereira da Silva

Nascimento: 29/05/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30651183 / 33134912

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Lucidea Lopes Pereira

CPF Resp.Fin.:828.453.957-87

**Nome:** Maria Isabel Rodrigues do Nascimento

Nascimento: 11/05/1990

Sexo: Feminino

CPF: 136.833.257-98

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995898837

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Isabelly de Jesus

Nascimento: 27/05/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964517133

E-Mail:

Alerta Médico: Modelo de trabalho

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Ivaneire F. Rodrigues

Nascimento: 14/06/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34049708 / 980212301

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Ivaneire Fernandes R. Souza		
Nascimento:	17/06/1966	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Ivone da Conceição Silva		
Nascimento:	11/03/1967	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Rua Seabra Filho Rua 8 QD 16 LT 19	CPF:	008.845.647-11
Bairro:	Inhoaiba	Número:	1217 Complemento: Casa
Telefones:	966634536	CEP:	23062000 UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Izabel Moares		
Nascimento:	07/09/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976893463	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Izaltina Rodrigues da Silva		
Nascimento:	29/05/1945	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24018378	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Janaina de Souza Nascimento		
Nascimento:	15/05/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	123.812.067-95
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	772746063	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Janete Ferreira		
Nascimento:	14/04/1974	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983577165	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Jose Alexandra

Nascimento: 21/05/1992

Sexo: Feminino

CPF: 069.918.954-31

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972862986

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Alves dos Santos

Nascimento: 21/09/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34266427

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Barbosa Costa Soares

Nascimento: 30/08/1965

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980611044

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Brito Silva

Nascimento: 01/05/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991303483

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Brito Silva

Nascimento: 01/05/1959

Sexo: Feminino

CPF: 045.568.627-01

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991303483

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Curado

Nascimento: 13/03/1927

Sexo: Feminino

CPF: 459.596.177-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24043609-999628560

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Jose da Conceição

Nascimento: 01/01/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975701605-986077720

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose da Costa Silva

Nascimento: 11/01/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989767023

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose da Gama Brum Amaral

Nascimento: 08/09/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24032841

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose da Silva

Nascimento: 22/04/1955

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33052150

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose da Silva de Souza

Nascimento: 06/11/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988242731

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose da Silva de Souza

Nascimento: 06/11/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988242731

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Jose dos Santos

Nascimento: 20/08/1981

Sexo: Feminino

CPF: 098.423.217-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose dos Santos Dantas

Nascimento: 28/05/1970

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34676121

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose dos Santos Souza

Nascimento: 23/11/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24119040

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Ferreira Pereira

Nascimento: 15/03/1969

Sexo: Feminino

CPF: 000.176.504-37

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33771975

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Figueira Ferraz

Nascimento: 15/03/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988382062

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Francisca da Silva

Nascimento: 07/12/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982419816

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Jose Freitas Flor		
Nascimento:	23/01/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	038.876.903-38
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980805449 / 992222927	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria José Freitas Flor		
Nascimento:	23/01/1990	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	038.876.903-38
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980805449	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Jose Isaura		
Nascimento:	13/12/1963	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31715556	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Jose Monteiro		
Nascimento:	02/11/1965	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974779085	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Jose Norato dos Reis		
Nascimento:	18/03/1944	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	988164471	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Natalia de Oliveira	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Jose Pereira da Conceição Fernandes		
Nascimento:	26/03/1960	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	32920896	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Jose Pereira da Silva

Nascimento: 04/03/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27996364

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Pessoa

Nascimento: 07/08/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985884312

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Ribeiro da Gama

Nascimento: 31/08/1952

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24064770

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Rodrigues dos Santos

Nascimento: 05/11/1991

Sexo: Feminino

CPF: 045.679.483-27

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985696952

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Santos

Nascimento: 12/12/1935

Sexo: Feminino

CPF: 075.704.507-36

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33940683

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Jose Silva Lima

Nascimento: 25/02/1995

Sexo: Feminino

CPF: 149.860.127-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975028065

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Jose Soares Melo		
Nascimento:	15/11/1948	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33562487	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Julia Braz da Silva		
Nascimento:	26/05/1957	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34038737 - 34038467	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 2	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Julia Braz da Silva		
Nascimento:	26/05/1957	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	533.588.137-20
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34038737	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Julia dos Santos Terra		
Nascimento:	28/08/2008	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964014448	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Julia Garrido de Jesus		
Nascimento:	13/05/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	989364580	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Raphael Nascimento	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Julia Lino Ferreira		
Nascimento:	02/07/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34092069 987781916	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Julia Rodrigues da Cruz

Nascimento: 06/10/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984622157

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Julia Soares da Silva

Nascimento: 10/03/2015

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964863407

E-Mail:

Alerta Médico: Fazer somente a panorâmica.

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Julia Vieira de Oliveira

Nascimento: 27/12/2004

Sexo: Feminino

CPF: 155.459.917-27

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24097590/970311506

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Juliana de Sousa Oliveira

Nascimento: 07/07/1991

Sexo: Feminino

CPF: 053.069.373-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96582-8979

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Julya Ferreira do Nascimento

Nascimento: 28/11/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999876084

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Siso

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Karolliny Dario Silva

Nascimento: 18/02/1994

Sexo: Feminino

CPF: 156.460.717-80

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24159888/964936369

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Lady de Souza

Nascimento: 16/03/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965411608

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Lais Lima Passos

Nascimento: 12/03/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991996935

E-Mail: lais.limapassos2009@gmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Larissa Rodrigues dos Santos

Nascimento: 02/02/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979524214

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Lavinia Ribeiro de Oliveira

Nascimento: 13/11/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985035525

E-Mail:

Alerta Médico: Sem panorâmica

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Leila de Souza Fernandes

Nascimento: 31/01/1993

Sexo: Feminino

CPF: 153.952.037-45

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33176455

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Leília do Nascimento Valdencio

Nascimento: 04/06/1970

Sexo: Feminino

CPF: 030.177.397-16

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27991883

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Leticia de Jesus Oliveira

Nascimento: 02/08/1977

Sexo: Feminino

CPF: 081.620.787-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964430726

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthoprider

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Livia R.G.de Oliveira

Nascimento: 10/01/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979048384

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Livia Rabis L. de Oliveira

Nascimento: 10/01/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33160698-994854784

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 1

Carteira:

Resp. Fin.: Eudenio de Oliveira

CPF Resp.Fin.:692.149.137-49

**Nome:** Maria Lourdes B. Soares

Nascimento: 24/04/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986612837

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Lourdes Merat S. Makasevicius

Nascimento: 06/03/1993

Sexo: Feminino

CPF: 158.555.647-54

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974758482

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Lua Carvalho M. da Silva

Nascimento: 05/09/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987091593

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Lua Carvalho Moreira da Silva		
Nascimento:	05/09/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	987091593	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Unidental Clinica	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Lua Oliveira da Costa		
Nascimento:	01/03/1991	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	151.770.447-26
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24170852	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Luany dos Santos Silva		
Nascimento:	05/08/1992	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	980233664	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Odonto Shining	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Lucia Moises		
Nascimento:	24/05/1967	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	24060527	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Lucia Bastos Rosa		
Nascimento:	17/08/1942	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	051.460.507-32
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:		E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Lucia Berbat de Andrade		
Nascimento:	23/01/1964	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	881.919.827-49
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	994526419/24137206	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Lucia da Silva Galdino

Nascimento: 09/03/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 241310368

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Lucia da Silva Montel

Nascimento: 04/05/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33946023

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Lucia de Farias Santos

Nascimento: 02/05/1949

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33092737

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Lucia de Oliveira da Silva

Nascimento: 19/07/1967

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983151271

E-Mail:

Alerta Médico: Panorâmica e Interproximal

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Lúcia Demetrio de Santana

Nascimento: 09/06/1972

Sexo: Feminino

CPF: 088.239.727-36

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969573009

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Lucia Gomes da Silva

Nascimento: 05/06/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992151626

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Lucia Monteiro				
Nascimento:	28/10/1972	Sexo:	Feminino	CPF:	037.608.767-65
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	31571309-974508724			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Lucia Monteiro				
Nascimento:	28/10/1972	Sexo:	Feminino	CPF:	037.608.767-65
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	23942657			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Lucia Nunes Machado				
Nascimento:	27/02/1962	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	985174247			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Clínica RS			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Lucia Rodrigues				
Nascimento:	01/07/1965	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	976544608			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Odonto Carioca			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Lucia Santos Taranto				
Nascimento:	14/08/1966	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	30688109			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Luciana da Silva Fernandes				
Nascimento:	18/09/1975	Sexo:	Feminino	CPF:	
Logradouro:				Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34068328			E-Mail:	
Alerta Médico:					
Convênio:	Particular			Carteira:	
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Luciana dos Santos

Nascimento: 15/06/1984

Sexo: Feminino

CPF: 075.348.664-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975598651

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luciane de Araujo Amaral

Nascimento: 14/08/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979881023

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luciara dos Santos Gonçalves

Nascimento: 15/06/1984

Sexo: Feminino

CPF: 075.348.664-48

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975598651

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Lucimar Martins de Castro Gomes

Nascimento: 04/03/1972

Sexo: Masculino

CPF: 079.955.307-73

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33779537 / 972726956

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Flavia e Dra Marcela

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luisa C. Martins

Nascimento: 06/03/2012

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luisa da Silva Mendes

Nascimento: 05/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24136984-986283481

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Luisa da Silva Rangel

Nascimento: 10/10/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971972358

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luisa Fernandes de Souza Pena

Nascimento: 25/12/2008

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34034302 - 987794224

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Marcia Fernandes de Souza Pena

CPF Resp.Fin.:021.692.467-70

**Nome:** Maria Luiz da Silva Brandao

Nascimento: 13/08/1998

Sexo: Feminino

CPF: 169.624.987-21

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983684517

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Alves Pereira

Nascimento: 01/08/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33843343

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Alves Pereira

Nascimento: 01/08/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Amaral Fidelis

Nascimento: 09/08/2014

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982694959

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Luiza Costa		
Nascimento:	19/08/2004	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	98756-0311	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Luiza da Rocha Ferreira		
Nascimento:	01/08/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	973742068	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Luiza da Silva Barbosa		
Nascimento:	30/07/1969	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	013.705.717-20
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985035103 / 31554214	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Luiza de M. Pereira		
Nascimento:	11/01/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964375687	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Luiza de Oliveira da Silva		
Nascimento:	03/08/1961	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	968288674	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Luiza de Souza		
Nascimento:	19/07/1955	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	997966430	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Dentista NÃO deu o pedido ao paciente.	E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Luiza Dia Von Abel

Nascimento: 22/10/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24090485 - 972721146

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Center

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza dos Santos Barcelos

Nascimento: 16/06/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33658101

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Gonçalves de Alencar

Nascimento: 17/07/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Leite Dantas

Nascimento: 01/02/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997152818/9665370661

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Mesquita Alves

Nascimento: 31/01/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983895977

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Moraes Campos

Nascimento: 24/04/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975769119

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Luiza Nascimento Egidio

Nascimento: 04/07/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979271125

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Nascimento Vitor

Nascimento: 04/06/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985808766

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Nobre Gonçalves Pereira

Nascimento: 24/06/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999489479

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Pereira

Nascimento: 19/12/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988702702

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Pereira da Silva Duarte

Nascimento: 22/02/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987992509

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Reculiano Motta

Nascimento: 12/04/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984035016

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Luiza S. Neylor

Nascimento: 02/09/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39898198

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Soares da Silva

Nascimento: 28/04/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983940486

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Souza Naylor

Nascimento: 02/09/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39898198

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Souza Naylor

Nascimento: 02/09/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974250604

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Sudre de Assis Liborio

Nascimento: 11/03/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 444476915

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Luiza Teske do Prado

Nascimento: 09/11/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24139523

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Madalena de Souza

Nascimento: 12/05/1969

Sexo: Feminino

CPF: 013.637.957-59

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32425049-964813357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Madalena Francisco Lopes

Nascimento: 26/07/1947

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33772977

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Madalena Santos

Nascimento: 12/05/1969

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32425049 - 964813357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Madalena Viana Pacheco

Nascimento: 03/06/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970127922

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Manuela Lopes Barros

Nascimento: 10/07/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999326581

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Marcilia de Souza Lopes

Nascimento: 12/12/1968

Sexo: Feminino

CPF: 993.485.437-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984498541

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Margarida Pereira

Nascimento: 18/07/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24122620 - 988873624

E-Mail:

Alerta Médico: Imprimira pan

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Marta Lopes da Silva

Nascimento: 23/04/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988837424

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Merlene Vieira do Nascimento

Nascimento: 21/04/1952

Sexo: Feminino

CPF: 753.163.907-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32928218-988955977

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Mikaely de Freitas Dantas

Nascimento: 30/03/1997

Sexo: Feminino

CPF: 173.822.357-42

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975096258

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Milena Pereira de Souza

Nascimento: 27/04/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969495367

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Monica Nascimento Silva

Nascimento: 18/06/1985

Sexo: Feminino

CPF: 013.355.854-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96597-9271

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Monique Moreira

Nascimento: 20/11/1992

Sexo: Feminino

CPF: 119.125.236-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964508515

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Nascimento Teixeira

Nascimento: 14/05/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98728-1916

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Natalina do Nascimento

Nascimento: 25/12/1953

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997817565

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Nazareth de Araujo Barata

Nascimento: 09/07/1933

Sexo: Feminino

CPF: 072.861.027-29

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24135862

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Nazarth Ris da Silva

Nascimento: 19/03/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975687617

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Neusa Jose Vicente

Nascimento: 21/04/1952

Sexo: Masculino

CPF: 411.798.467-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24165330/965709506

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Neusa Paula Gomes

Nascimento: 30/10/1952

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986987271

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Nilma de Oliveira

Nascimento: 14/03/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 16 996337658

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Nilza Souza dos Santos

Nascimento: 08/01/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98561-6943

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Odete de Andrade Maia

Nascimento: 03/02/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995477827

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Odinete Cartaxo de Lucena

Nascimento: 28/12/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964694469

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Olegario Ferreira

Nascimento: 22/12/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34949568-982920534

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Olga Nunes Cardoso

Nascimento: 30/06/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998127832

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Pacheco Thomaz da Silva

Nascimento: 09/10/1947

Sexo: Feminino

CPF: 900.111.557-87

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999116799

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Patricia Soares

Nascimento: 13/03/1977

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969344847

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Paula Coutinho da Fonseca

Nascimento: 03/01/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97489666

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Paula Coutinho Fonseca

CPF Resp.Fin.:096.251.907-32

**Nome:** Maria Paula Coutinho da Fonseca

Nascimento: 03/01/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973767505

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Queulai G. de A. da Silva

Nascimento: 12/05/1992

Sexo: Feminino

CPF: 159.576.657-03

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985863044

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Rafaela Barros Nunes

Nascimento: 13/12/1993

Sexo: Masculino

CPF: 059.240.013-18

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981208951/965805256

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Raquel Adelino da Paz

Nascimento: 15/01/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967488674

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Rebeca Rosa Fernandes

Nascimento: 03/04/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965425392

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Regina Camara Duarte Pereira

Nascimento: 03/10/1970

Sexo: Feminino

CPF: 012.450.787-55

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970342319

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Regina Ramos

Nascimento: 16/07/1972

Sexo: Feminino

CPF: 025.972.447-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973982475

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Rita Araujo dos Anjos

Nascimento: 09/05/2011

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34033609-987889496

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Juliana Abreu

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Rita de Souza Correia

Nascimento: 16/06/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 27644662

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Rita Panplona. Bonfim

Nascimento: 04/05/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34042990-979152298

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Especialidente (Impres. e On )

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Rosa Barata Geraldo

Nascimento: 27/02/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987638726

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Rosa Costa Teixeira

Nascimento: 31/12/1969

Sexo: Feminino

CPF: 028.207.647-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970166761

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Rosa da Silva

Nascimento: 20/09/1936

Sexo: Feminino

CPF: 297.794.057-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998897526

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Rosa Da Silva

Nascimento: 20/09/1936

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Rosario Canuto de Oliveira

Nascimento: 13/02/1987

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99931-5953

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Rosicleia Lopes da Silva

Nascimento: 31/03/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966016579

E-Mail:

Alerta Médico: Somente panorâmica

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Rosiele Barros da Silva

Nascimento: 13/11/1991

Sexo: Feminino

CPF: 150.279.257-51

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972081021

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Santos de Jesus Filha

Nascimento: 01/03/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24175160

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Sylvania da Silva

Nascimento: 10/11/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965731624

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Simone Pereira de Oliveira

Nascimento: 06/04/1979

Sexo: Feminino

CPF: 087.138.617-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33143820

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Solange de Souza Dias

Nascimento: 18/06/1963

Sexo: Feminino

CPF: 982.784.957-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Sonia de Almeida

Nascimento: 29/11/1980

Sexo: Feminino

CPF: 330.929.758-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986188329

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Carioca

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Sonia do Carmo Silva

Nascimento: 14/01/1982

Sexo: Feminino

CPF: 099.911.457-37

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964752534

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Vip

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Sonia Simiao Soares

Nascimento: 08/05/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966075137

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Suzana Cerqiera C. L. Pereira

Nascimento: 28/06/1995

Sexo: Feminino

CPF: 441.440.798-21

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981897853

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Consultório Pedra de Guaratiba

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Suzana Pintos de Lima

Nascimento: 15/11/1948

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24090929

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Tais dos Santos Nascimento

Nascimento: 05/05/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990440802

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Tamires de Souza Nascimento

Nascimento: 20/03/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974295997

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Tamires dos Santos Nascimento

Nascimento: 19/08/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990440802

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Tavares Pereira da Silva

Nascimento: 17/09/1952

Sexo: Feminino

CPF: 016.398.347-02

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985153130

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Tereisa de Araujo Guimarães

Nascimento: 11/07/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Teresa Echeverria

Nascimento: 20/05/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985190635

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Teresa Wojeichouschi da Costa

Nascimento: 19/12/1966

Sexo: Feminino

CPF: 932.249.747-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982638362

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Tereza Bezerra

Nascimento: 27/05/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999686873

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Tereza da Costa

Nascimento: 03/10/1948

Sexo: Feminino

CPF: 331.194.907-25

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24043168

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Tereza da Rocha

Nascimento: 06/03/1952

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Tereza Rocha Oliveira

Nascimento: 21/06/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Tereza Rocha Oliveira

Nascimento: 21/06/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24110046

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Terezinha da A. Pimenta

Nascimento: 18/05/1971

Sexo: Feminino

CPF: 012.081.477-30

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988783706

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Thalita da Silva Siqueira

Nascimento: 03/04/1998

Sexo: Feminino

CPF: 153.005.177-04

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996845946 / 971765841

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Valeria Rocha

Nascimento: 10/04/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984516591

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Vanda Gomes Sousa

Nascimento: 10/03/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24030772

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Victoria dos Santos Pereira

Nascimento: 01/08/2013

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 36854901

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Lucia Barbosa dos Santos Pereira

CPF Resp.Fin.:089.761.177-27

**Nome:** Maria Victoria Xavier do Nascimento

Nascimento: 01/12/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 30463157 / 964714269

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Marcia Damiana F. Xavier

CPF Resp.Fin.:720.797.897-91

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Vitoria Alves da Silva

Nascimento: 13/06/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976163643

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Vitoria Aureliano da Silva

Nascimento: 02/10/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998206878-997201472

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.: Juliana Aureliano da Silva

CPF Resp.Fin.: 103.915.594-43

**Nome:** Maria Vitoria da Cruz Dias

Nascimento: 10/04/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32924157-995471773

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Vitoria da S. de Farias

Nascimento: 29/09/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994359129

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Vitoria Lima Alipio

Nascimento: 23/07/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972100811

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Vitoria Lima do Ceu

Nascimento: 04/06/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Maria Vitoria Martins Monteiro Barros		
Nascimento:	19/05/2005	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34022993/967585452	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Vitoria Moraes Dias		
Nascimento:	29/03/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	974163851	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Clinica Azul	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Vitoria Oliveira de Andrade		
Nascimento:	18/04/2011	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	33548931-985336447	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Vitoria Rodrigues Firmino		
Nascimento:	21/03/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	991130315	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Especialidente (Impres. e On )	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Vitoria Soares		
Nascimento:	23/06/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	993731029	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Campo Grande 4	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Maria Vitoria Tostes Fontes de Andrade		
Nascimento:	10/06/2002	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	34059215-969713081	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Maria Wiliane da Silva Oliveira

Nascimento: 13/02/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966610926

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Wiliane da Silva Oliveira

Nascimento: 13/02/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966610926

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maria Zilete Bernardino da Silva

Nascimento: 27/01/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974959839

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marian Aparecida Pinheiro

Nascimento: 28/07/1983

Sexo: Feminino

CPF: 024.004.783-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975749233

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Alice da Silva

Nascimento: 21/10/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969309508

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Almeida de Oliveira

Nascimento: 20/08/1993

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984744357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Almeida de Oliveira

Nascimento: 20/08/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984744357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Alperio do Nascimento

Nascimento: 16/03/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33646852-965681869

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Alves de Souza

Nascimento: 02/04/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964109985

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Andrade Barbosa

Nascimento: 04/09/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34030311-975487546

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Anjo Macedo Paes

Nascimento: 16/07/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968337451

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Araujo Correa

Nascimento: 24/03/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31458190-995395768

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Ômega

Carteira:

Resp. Fin.: Lair Araujo de Oliveira

CPF Resp.Fin.:003.436.437-40

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Balbino dos Santos

Nascimento: 26/07/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987940343

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Barbosa Carvalho

Nascimento: 12/06/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989091101

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Barbosa da Silva

Nascimento: 10/05/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24187621 / 93324021

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Nelza Barbosa de Andrade

CPF Resp.Fin.:018.098.947-27

**Nome:** Mariana Bernardino

Nascimento: 01/04/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974948594

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Caldas de Menezes

Nascimento: 11/10/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24129591-992810981

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Simone Lima Caldas

CPF Resp.Fin.:038.308.947-67

**Nome:** Mariana Camargo Cardoso

Nascimento: 12/01/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980947777

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Cods

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Cardoso de Lima

Nascimento: 22/09/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31559386 - 964100383

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Clemente Vieira

Nascimento: 30/10/2003

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33775304

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Corbacho Alvarez

Nascimento: 08/07/1981

Sexo: Feminino

CPF: 090.603.317-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994177779

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Correia Oliveira

Nascimento: 12/03/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972062743

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Costa de Oliveira

Nascimento: 17/07/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989959106

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Costa dos Santos Almeida

Nascimento: 28/10/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980220039

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Coutinho da Fonseca

Nascimento: 03/01/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974898666

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.: Ana Paula Coutinho da Fonseca

CPF Resp.Fin.:096.251.907-32

**Nome:** Mariana Coutinho da Fonseca

Nascimento: 03/01/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973767505

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Coutinho da Silva

Nascimento: 11/07/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969383612

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Crispim da Silva

Nascimento: 18/09/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976227287

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Cristina de Carvalho da Silva

Nascimento: 29/09/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984744670

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Cristina dos Santos Cardoso

Nascimento: 23/06/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965813109

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Cristina Ferreira Santiago

Nascimento: 04/06/1996

Sexo: Feminino

CPF: 130.278.447-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26888307 / 999418306

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Cristina Pereira dos Santos

Nascimento: 24/06/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986679516

E-Mail:

Alerta Médico: Sem Traçado

Convênio: June Fernanda

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana da F. Matola

Nascimento: 02/08/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana da Silva Demberg

Nascimento: 30/04/2006

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24161129 / 979429236

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Da Silva Ribeiro

Nascimento: 01/08/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 983152514

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.: Adriana da Silva

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana da Silva Santana

Nascimento: 14/07/2003

Sexo: Feminino

CPF: 117.407.817-08

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33541711- 989728816

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Mariana da Silva Santos		
Nascimento:	19/09/1996	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	156.074.917-22
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	991503957	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Particular	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Mariana da Silva Vieira		
Nascimento:	25/05/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	967526226	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Particular	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Mariana das Neves		
Nascimento:	03/10/1971	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975865553	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Particular	E-Mail:	mariananana314@gmail.com
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Mariana de Andrade Silva		
Nascimento:	02/03/2009	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	983809469	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Particular	E-Mail:	
Resp. Fin.:	Alda Teotonio da Silva	Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	321.717.028-85
<b>Nome:</b>	Mariana de Lima de Castro		
Nascimento:	13/03/2001	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	119.672.097-58
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969348485	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Campo Grande 3	E-Mail:	
Resp. Fin.:	Marilene Dias	Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	001.164.267-05
<b>Nome:</b>	Mariana de Lima Lopes		
Nascimento:	09/02/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	992790261	Cidade:	CEP:
Alerta Médico:			UF:
Convênio:	Particular	E-Mail:	
Resp. Fin.:		Carteira:	
		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Mariana de Lima Penha		
Nascimento:	18/07/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	965261801	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Mariana de Oliveira Ribeiro		
Nascimento:	04/03/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993512405	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Virginia Cabral Hatano	Carteira:	
Resp. Fin.:	Janine de Oliveira	CPF Resp.Fin.:	025.774.197-67
<b>Nome:</b>	Mariana de Oliveira Ribeiro		
Nascimento:	04/03/2007	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	993512405	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Mariana de Pinho dos Santos		
Nascimento:	27/07/2003	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	997654301	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto Show	Carteira:	
Resp. Fin.:	Jhon Westley de Pinho dos Santos	CPF Resp.Fin.:	157.156.317-26
<b>Nome:</b>	Mariana de Sa Assis		
Nascimento:	16/01/2006	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	190.901.117-78
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31292843	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Mariana de Sousa Gomes		
Nascimento:	10/11/2000	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	188.243.887-60
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969435283	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana de Souza

Nascimento: 13/04/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23945746

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana de Souza Ferreira

Nascimento: 04/10/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993998263

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana de Souza Ferreira

Nascimento: 04/10/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993998263

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana de Souza Gomes

Nascimento: 10/11/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969435283

E-Mail:

Alerta Médico: Com Traçado - Preferiu impresso

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Dias Santos

Nascimento: 02/04/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990389178

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana dos Reis

Nascimento: 01/06/2013

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985357496

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana dos Santos da Paixao

Nascimento: 26/10/1989

Sexo: Feminino

CPF: 137.630.857-69

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26825714-974132806

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana dos Santos de Oliveira

Nascimento: 09/12/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975337573

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Duarte da Silva Rocha

Nascimento: 17/10/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975123827

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Paulo Areal

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Eurico Cavalcanti

Nascimento: 30/05/1982

Sexo: Feminino

CPF: 098.563.567-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33947943

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Faustino Gomes Andrade

Nascimento: 23/06/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964868985

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Ferreira de Almeida

Nascimento: 22/05/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985293948

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Ferreira Lopes

Nascimento: 24/03/2005

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32478306

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Ferreira Mota

Nascimento: 11/12/2000

Sexo: Feminino

CPF: 169.304.917-13

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988534240

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Fonseca Martins

Nascimento: 23/08/1995

Sexo: Feminino

CPF: 149.697.327-52

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97541-5881

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Fonseca Martins

Nascimento: 23/08/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996215760

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Francicleide da Silva

Nascimento: 01/09/1995

Sexo: Feminino

CPF: 170.330.707-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34094159-986541711

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Giulia da Silva Heitor

Nascimento: 13/02/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975034658/33143108

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Gomes Barauna da Costa

Nascimento: 23/03/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34069603

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Riso Rio

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Guedes dos Santos

Nascimento: 21/02/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34275210

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Guimaraes de Oliveira

Nascimento: 14/07/2005

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34038706-967454644

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Ingrid da Conceição

Nascimento: 24/12/1986

Sexo: Feminino

CPF: 111.436.517-31

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: Sem telefone

E-Mail:

Alerta Médico: Vai levar a pan

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Justo Rodrigues

Nascimento: 07/05/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974151620

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Leitão Diniz

Nascimento: 05/04/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33130909 / 995576563

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Machado de Oliveira

Nascimento: 09/01/1990

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974751207

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Mamello Dantas

Nascimento: 19/11/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994544155

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Marinho de Carvalho

Nascimento: 24/09/1999

Sexo: Feminino

CPF: 165.361.127-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34035856

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Marmello Dantas

Nascimento: 19/11/2007

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34031500

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Martins Costa

Nascimento: 11/05/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974245057

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Mateus do Nascimento

Nascimento: 01/11/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro: Rua Sapucarana LT 01 QD 105

Número:

Complemento: CASA

Bairro: CAMPO GRANDE

Cidade:

CEP:

UF: RJ

Telefones: 31552958 / 985985179

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.: Lucilia Margarete Mateus de Couto

CPF Resp.Fin.:044.580.577-31

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Mateus Domingos da Silva

Nascimento: 12/03/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968732198

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Adriana Mateus

CPF Resp.Fin.:035.575.827-01

**Nome:** Mariana Menezes Simoes

Nascimento: 23/03/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964964230

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Monteiro Mendes

Nascimento: 02/09/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964799484

E-Mail:

Alerta Médico: Sem a panoramica

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Nascimento da Silva

Nascimento: 23/04/1993

Sexo: Feminino

CPF: 155.083.727-33

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994856295 / 33541357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana nascimento Veras

Nascimento: 02/03/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985142446

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Oliveira da Silva

Nascimento: 06/09/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32726851

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana P. Sepini Paiva

Nascimento: 12/10/2009

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24122108

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Paula Dantas

Nascimento: 25/09/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980052426

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Pereira Cardoso

Nascimento: 03/08/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990670974

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Pereira Santana

Nascimento: 07/12/2000

Sexo: Feminino

CPF: 172.280.897-74

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979089282

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Quita Gonçalves Cabo

Nascimento: 08/12/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996892102

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clínica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Ravena da Silva Santos

Nascimento: 26/11/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987731222

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Crislaine Ranquine

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Redua dos Santos

Nascimento: 10/06/1988

Sexo: Feminino

CPF: 132.301.267-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995247912

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Resende de Aquino

Nascimento: 12/12/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35551240 - 984999281

E-Mail:

Alerta Médico: paciente não quer fazer os demais exames.

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Rocco

Nascimento: 17/09/1978

Sexo: Feminino

CPF: 085.112.277-92

Logradouro: Rua Laplace

Número: 206

Complemento: Casa

Bairro: Campo Grande

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 33942720 / 996415447

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Rodrigues Oliveira

Nascimento: 17/05/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988719964

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Rodrigues S. C. Macedo

Nascimento: 05/09/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24117516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Rodrigues Silva C. Macedo

Nascimento: 05/09/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24117516

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Salustiano Cardozo Ayres M.

Nascimento: 18/12/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986240402

E-Mail:

Alerta Médico: Pan na Hora

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Santana Ferrazane

Nascimento: 26/07/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970651195

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Santos Correa

Nascimento: 22/01/1992

Sexo: Feminino

CPF: 133.100.827-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971750851

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Santos de Almada

Nascimento: 07/06/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 99107-8757

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Simone Andrea de Jesus dos Santos

CPF Resp.Fin.: 129.508.987-42

**Nome:** Mariana Santos de Carvalho

Nascimento: 02/08/2001

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97120370

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Silva dos Santos

Nascimento: 11/04/1997

Sexo: Feminino

CPF: 172.850.917-31

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26966284-996999413

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Silvano Cardoso

Nascimento: 17/12/2010

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999256546

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Monica Silvano Lopes

CPF Resp.Fin.:033.431.257-41

**Nome:** Mariana Soares Avelino

Nascimento: 23/02/2010

Sexo: Feminino

CPF: 160.378.627-96

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970103778

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Soares do Nascimento

Nascimento: 31/01/1998

Sexo: Masculino

CPF: 159.534.577-90

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24129867

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Souza Militao

Nascimento: 24/10/1995

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973421845

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Souza Teixeira

Nascimento: 13/10/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 3269-3950

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.: Tupy Teixeira de Souza

CPF Resp.Fin.:919.733.507-00

**Nome:** Mariana Teixeira da Silva

Nascimento: 27/08/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988351171

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariana Teixeira de Oliveira

Nascimento: 15/10/1991

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34032343

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Thiago Ventura da Silva

Nascimento: 07/07/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991990275

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Vasconcelos Nascimento

Nascimento: 06/03/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982576483

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Vieira da Silva

Nascimento: 29/04/2011

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35991318

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Luciana Kelli

CPF Resp.Fin.: 118.979.547-78

**Nome:** Mariana Vieira de Mattos

Nascimento: 04/04/1985

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995017369

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariana Vieira de Mattos

Nascimento: 04/04/1985

Sexo: Feminino

CPF: 122.225.307-09

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Mariana Vitoria da Silva dos Santos		
Nascimento:	07/09/2004	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	985553960	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Mariane Azevedo Lima			
Nascimento:	31/01/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	147.102.787-25
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	981684222	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:	Delcio de Souza	CPF Resp.Fin.:	238.357.787-04
<b>Nome:</b> Mariane Candido de S. F. Barbosa			
Nascimento:	16/09/1993	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964212784	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Mariane Cristina de Oliveira			
Nascimento:	20/05/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	981985476	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Amor Saude	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Mariane da Silva			
Nascimento:	13/08/1999	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	979458056	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b> Mariane de Aguiar Correa			
Nascimento:	19/06/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Cidade:		CEP:	UF:
Telefones:	964075213	E-Mail:	
Alerta Médico:			
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariane de Andrade Cassemiro

Nascimento: 10/11/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 959074212

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariane Lourenço

Nascimento: 31/08/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33848906-975221973

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariane Matias da Silva

Nascimento: 12/07/1999

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31587377-993789429

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Thiago Felipe J. dos Santos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariane Oliveira de Sena

Nascimento: 02/01/1992

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996730871

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariane R. de L. M. da S. Adriano

Nascimento: 13/09/1990

Sexo: Feminino

CPF: 141.995.837-26

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986492813

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Luciano Matias Carvalho

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariane Silva Lopes

Nascimento: 22/10/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33168169

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariane Teixeira da Silva Ferreira

Nascimento: 08/09/1994

Sexo: Feminino

CPF: 166.650.617-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974154860

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariangela da Silva Ellisch

Nascimento: 18/05/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97516-1954

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marianna Alves Loreto

Nascimento: 25/04/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976805200

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Maria Cecilia Alves Loreto

CPF Resp.Fin.:035.447.387-59

**Nome:** Marianna do Espirito Santo

Nascimento: 01/04/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989992741

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marianna Moreira da Silva

Nascimento: 24/11/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979769914

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marianna Nunes Ramos da Silva

Nascimento: 20/06/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999290426

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Renata Salomão

Carteira:

Resp. Fin.: Debora Nunes Ramos

CPF Resp.Fin.:118.612.167-00

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marianna Teles de Aguiar Maia

Nascimento: 08/01/2006

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992201340

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marianne da Silva Rocha

Nascimento: 01/11/2008

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33643214-994422032

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Eliane Cristina

CPF Resp.Fin.:085.960.467-55

**Nome:** Marianne da Silva Virgens Santos

Nascimento: 23/03/1993

Sexo: Feminino

CPF: 112.702.697-63

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 96856-0488

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marianne Valadao de Barros

Nascimento: 04/04/1997

Sexo: Feminino

CPF: 146.962.137-14

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964699169-973948277

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariano Matheus M. da Silva

Nascimento: 27/06/1996

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991540385

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariany de Souza Correa

Nascimento: 23/12/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991282775

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cintia dos Anjos

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariany Gomes de Paula Pinto

Nascimento: 26/05/1989

Sexo: Feminino

CPF: 141.430.617-24

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24098559 / 964886994

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariany Roberta do N. S. Ferreira

Nascimento: 10/09/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994236704

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mariaose dos Santos

Nascimento: 10/10/1973

Sexo: Feminino

CPF: 964.227.855-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33647638 / 995536120

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Thais Sena

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marielem Silva Cabral

Nascimento: 08/03/1997

Sexo: Feminino

CPF: 172.515.287-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996392601

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marielen Batista dos Santos da Silva

Nascimento: 02/09/2003

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966049193

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marielza Bringhenti da Silva

Nascimento: 03/06/1948

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33566692

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mariette dos Santos da Silva

Nascimento: 03/02/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964370485

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marijane Oliveira

Nascimento: 30/04/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972046087

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilda Alves de Ornelas

Nascimento: 21/12/1951

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37381462

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilda do Rosario Nascimento

Nascimento: 07/03/1966

Sexo: Feminino

CPF: 931.711.027-49

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988385187

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilda Figueira dos Santos

Nascimento: 28/03/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilda Ribeiro de Souza dos Santos

Nascimento: 12/06/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991647039

E-Mail:

Alerta Médico: Exame Online

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marilda Ribeiro Souza dos Santos

Nascimento: 12/06/1964

Sexo: Feminino

CPF: 846.053.597-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991647039

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marildes Conceição Domingos da Silva

Nascimento: 08/10/1974

Sexo: Feminino

CPF: 845.909.807-97

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 26533440-971627878

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marildes Gomes da Silva

Nascimento: 10/12/1961

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984661064

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marildes Gomes da Silva

Nascimento: 10/12/1961

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987239786

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marile Sodre Barbosa

Nascimento: 15/06/1994

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985641361

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marileide de Lima Araujo

Nascimento: 01/10/1960

Sexo: Masculino

CPF: 609.842.107-25

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993783165

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marileide Santana da Silva

Nascimento: 07/04/1983

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982396805

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene da Silva Cardoso

Nascimento: 10/02/1972

Sexo: Feminino

CPF: 111.411.767-69

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 4

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene da Silva Menezes

Nascimento: 24/09/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39056817

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene de Almeida Alves Faria

Nascimento: 01/05/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene de Almeida Anjo

Nascimento: 13/07/1954

Sexo: Feminino

CPF: 011.723.787-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33947726-96098946

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene de Souza de Vasconcellos

Nascimento: 16/11/1967

Sexo: Feminino

CPF: 933.568.117-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994739182

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marilene de Souza Oliveira

Nascimento: 03/05/1966

Sexo: Feminino

CPF: 870.592.237-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972756596

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene Gomes Amaral

Nascimento: 30/10/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32922976

E-Mail: mary.saraivamaral77@gmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene Jeronimo da Silva

Nascimento: 21/09/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992467871

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene Maria dos S. Cunha

Nascimento: 22/09/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965776832

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene Neves da Silva

Nascimento: 14/07/1986

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989607738

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene Oliveria Nascimento

Nascimento: 03/04/1948

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33946472

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marilene Ramos Cuti

Nascimento: 07/12/1979

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988327421

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene Rosa da Silva

Nascimento: 18/11/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33656925

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene Santos de Souza

Nascimento: 24/03/1973

Sexo: Feminino

CPF: 023.706.167-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964797082

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene Silva de Souza

Nascimento: 17/04/1951

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34034696

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene Soares

Nascimento: 25/02/1951

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33946161

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilene Souza Faria

Nascimento: 26/06/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 979197591

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marília Amaral de Oliveira

Nascimento: 10/09/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991552133

E-Mail: mariliafelipedos@gmail.com

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marília Bazília Menezes

Nascimento: 23/05/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974924427

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica L V - Lilian Vasques

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marília Cabral de Oliveira

Nascimento: 06/07/1962

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991291046

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marília de Oliveira de Souza

Nascimento: 12/06/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970151959

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marília de Oliveira Fernandes

Nascimento: 17/07/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964786435

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marília Gabriela de Souza

Nascimento: 13/07/1984

Sexo: Feminino

CPF: 108.309.657-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 974255123

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marilia Gabriela Gonçalves da Silva		
Nascimento:	21/01/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Sest Senat	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marilia Gabriela Sousa		
Nascimento:	13/07/1984	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974255123	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marilia oliveira de Souza		
Nascimento:	30/11/1961	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994300501	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marilia Pereira de Jesus		
Nascimento:	22/05/1948	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	227.558.887-68
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985472077	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marilia Prsicila Farias da Silva		
Nascimento:	03/03/1985	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	967429700	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Clínica RS	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marilia Soares Dias		
Nascimento:	18/04/1988	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	131.335.027-35
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34044876	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marilucia Ferreira da Silva

Nascimento: 29/06/1974

Sexo: Feminino

CPF: 023.181.084-98

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 38324844

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilucia Moraes do Nascimento

Nascimento: 05/12/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 41162550

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilza Braga do Amaral

Nascimento: 30/07/1951

Sexo: Masculino

CPF: 255.739.187-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 981897486

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilza da Silva Amancio

Nascimento: 24/04/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31567995

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilza Eduardo dos Santos

Nascimento: 20/01/1952

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34024162 - 964459828

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilza Gama Fernandes

Nascimento: 07/09/1977

Sexo: Masculino

CPF: 112.788.417-41

Logradouro: Rua Moranga (Condominio Vivendas das Oliveira)

Número: 125 BL:06 Complemento: APT:404

Bairro:

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 30980589 / 975997732

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marilza Oliveira de Souza

Nascimento: 10/06/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32916201

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilza Oliveira de Souza

Nascimento: 10/06/1958

Sexo: Feminino

CPF: 789.228.367-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24160696

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilza Ricardo Duarte Rieiro

Nascimento: 05/05/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 996113175

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilza Rodrigues Pereira R. de Lima

Nascimento: 02/04/1974

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988391215

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marilza Vieira da Silva

Nascimento: 28/02/1975

Sexo: Feminino

CPF: 045.567.827-83

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964735797

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina Azevedo de Souza

Nascimento: 19/09/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986152552

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marina Belo Almeida da Silva

Nascimento: 04/01/2001

Sexo: Feminino

CPF: 185.033.797-75

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33770506

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina Claudia Dantas Souza

Nascimento: 01/04/1969

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina Costa Santos

Nascimento: 26/06/1961

Sexo: Feminino

CPF: 081.849.007-16

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 989753373

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina de Penha Oliveira da Silva

Nascimento: 28/09/1997

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31559387

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina de Souza

Nascimento: 17/09/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32567615-988238909

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Julia do Rosario Souza

CPF Resp.Fin.:045.486.777-80

**Nome:** Marina Gomes de Carvalho

Nascimento: 03/09/2007

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970450385

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marina Helena Dias da Silva

Nascimento: 15/08/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993411421

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Virginia Cabral Hatano

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina Helena Dias da Silva

Nascimento: 15/08/2004

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 975523019

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.: Luiz Dias da Silva

CPF Resp.Fin.:037.231.197-00

**Nome:** Marina Luzia Cezario Serra

Nascimento: 10/09/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970246606

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina Marques de Souza

Nascimento: 01/08/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998324595

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina Moraes do Nascimento

Nascimento: 19/04/1989

Sexo: Feminino

CPF: 124.033.627-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 75390001

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dra Alessandra 01

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina Morena S. B. Peixoto de Oliveira

Nascimento: 31/03/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 987994288

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marina Neris da Silva

Nascimento: 17/06/1996

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34067685

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina Pereira da Silva

Nascimento: 11/02/2000

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33567452

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marina Vitoria do Carmo Gomes

Nascimento: 26/08/2010

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24180968-987847340

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marinaldo Ferreira Louseiro Junior

Nascimento: 09/02/1982

Sexo: Masculino

CPF: 095.509.077-67

Logradouro: Rua 04 AC

Número:

Complemento: Lote 05

Bairro: Seropédica

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 964981762

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marinalva de Oliveira Ribeiro

Nascimento: 27/07/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marinalva Quinhones Pires

Nascimento: 10/05/1940

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marinara Raiane Ribeiro		
Nascimento:	20/06/1994	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	23940786	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marinara Valverde Marques		
Nascimento:	01/01/1997	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	996635642	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marine Santos Sampaio		
Nascimento:	10/03/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	166.832.137-80
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33540109/976247480	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 3	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marineia Matos dos Santos		
Nascimento:	04/12/1958	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	971119181	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marineide Teixeira da Silva		
Nascimento:	30/01/1970	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Ortho Ômega	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marines de Lima		
Nascimento:	16/04/1963	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	815.747.387-04
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	33843360	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marines Ferreira de Carvalho Santos

Nascimento: 26/07/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994054080

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marines Ferreira de Carvalho Santos

Nascimento: 26/07/1971

Sexo: Feminino

CPF: 034.067.157-29

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31082848- 994054080

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marines Melo da Silva

Nascimento: 04/02/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marines Souza de Jesus

Nascimento: 29/01/1976

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33130491 - 972570650

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amo Odonto

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marinete de Souza Lima

Nascimento: 11/09/1965

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997685862

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Ortho Quality

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marinete de Souza Pinto

Nascimento: 22/08/1942

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24171192

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marinete dos Santos Alcantara

Nascimento: 24/11/1948

Sexo: Feminino

CPF: 669.072.927-34

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31085552

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marinete Francisca dos Santos

Nascimento: 07/09/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24042122 / 973070850

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marinete Macedo Neves

Nascimento: 27/04/1963

Sexo: Feminino

CPF: 767.137.337-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31565961

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marinete Macedo Neves

Nascimento: 27/04/1963

Sexo: Feminino

CPF: 767.137.337-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31565961

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marinete Macedo Neves

Nascimento: 27/04/1963

Sexo: Feminino

CPF: 767.137.337-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31565961

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marinete Ramada de França

Nascimento: 10/04/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mario Alvides Felicio Pereira

Nascimento: 22/09/1989

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 984725162

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto White

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mario Bezerra dos Santos

Nascimento: 27/07/1959

Sexo: Masculino

CPF: 670.447.517-68

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24054157-987318922

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mario Cesar Moraes

Nascimento: 06/06/1962

Sexo: Masculino

CPF: 785.859.887-20

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 997492924

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mario da Silva Miranda

Nascimento: 11/12/1982

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mario Fernandes Pereira

Nascimento: 20/11/1954

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 39815885 / 964768496

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Mario Gilberto Faccini

Nascimento: 16/09/1956

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97930-9628

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Mario Gilberto Faccini			
Nascimento:	16/09/1956	Sexo:	Masculino	CPF: 755.382.968-49
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	31579549-979309628			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Mario Gilberto Faccini			
Nascimento:	16/09/1956	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	979309628			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Mario Guilherme			
Nascimento:	14/11/1958	Sexo:	Masculino	CPF: 602.781.457-87
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	33372004-985745722			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Sest Senat			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Mario Lucio Repossi			
Nascimento:	03/06/1978	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	964214321			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Instituto do Dente			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Mario Marcio da Cruz			
Nascimento:	14/08/1964	Sexo:	Masculino	CPF: 798.815.137-15
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	21379476 - 984295572			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Particular			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:
<b>Nome:</b>	Mario Philipe Fernandes Rodrigues			
Nascimento:	11/07/2007	Sexo:	Masculino	CPF:
Logradouro:				Número: Complemento:
Bairro:		Cidade:		CEP: UF:
Telefones:	985797974			E-Mail:
Alerta Médico:				
Convênio:	Ortho Ômega			Carteira:
Resp. Fin.:				CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Mario Tavares Petisco Filho

Nascimento: 11/03/1987

Sexo: Masculino

CPF: 139.273.417-70

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 972232219

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular 02

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marisa Braga Ferreira

Nascimento: 12/11/1950

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998641454

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marisa Correa dos Santos Pinto

Nascimento: 18/12/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24111510

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marisa de Oliveria de Souza

Nascimento: 10/05/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970270705

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marisa Leite Guimaraes

Nascimento: 20/05/1993

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966140379

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Pop

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marisa Rodrigues de Atalides

Nascimento: 05/05/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 998384597

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marisa Rodrigues de Ataides

Nascimento: 05/05/1966

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marise da Cruz Fernandes

Nascimento: 28/11/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965494746

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Unidental Clinica

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marise ferreira Cabral

Nascimento: 15/03/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24150405

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marisete Salvador da Silva dos Santos

Nascimento: 08/03/1951

Sexo: Feminino

CPF: 153.985.277-62

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 993546264

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marisol Silva Nascimento

Nascimento: 04/04/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 992216357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marissa Santana Mozer

Nascimento: 02/06/1998

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 988963062 / 33492055

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Wanda da Silva Mozer

CPF Resp.Fin.: 750.541.677-49

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marissol dos Santos Ramalho Galati

Nascimento: 14/06/2011

Sexo: Feminino

CPF: 126.068.547-05

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33647534 / 972994775

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Henrique Tezolin

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maristela Abraham Rosa Assayag

Nascimento: 23/09/2002

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33943401 / 989240075

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maristela Araujo de Souza Nunes

Nascimento: 29/09/1967

Sexo: Feminino

CPF: 013.387.397-86

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969500194

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maristela de Mendonça Cerqueira

Nascimento: 18/06/1957

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964025456

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Maristela Luiza Gomes Masculino

Nascimento: 09/08/1972

Sexo: Feminino

CPF: 076.411.897-84

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32925729-976148357

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marivaldo P. Rocha

Nascimento: 18/11/1973

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 967158176

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Mariza Queiroz de Jesus		
Nascimento:	03/12/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24039291	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Mariza Queiroz de Jesus		
Nascimento:	03/12/1994	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24039291-994819423	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marize Ferreira da Silva		
Nascimento:	03/10/1971	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966602367	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marize Matias dos Santos Roldan		
Nascimento:	11/02/1987	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marizelia de Andrade Pinto		
Nascimento:	16/02/1972	Sexo:	Feminino
Logradouro:	Travessa Miguel Machado	CPF:	069.702.137-81
Bairro:	Sepetiba	Número:	14 Complemento:
Telefones:	992789362	CEP:	UF: RJ
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular 02	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marksuel Mariano da Silva		
Nascimento:	02/03/1984	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970207189	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marksuel Mariano da Silva

Nascimento: 02/03/1984

Sexo: Masculino

CPF: 105.924.007-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970207189

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marleide Maria de Almeida

Nascimento: 03/04/1988

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 976746662

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Barbara Sousa

Nascimento: 07/02/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968628400

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Barreto de Medeiros

Nascimento: 19/06/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31588699

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Cencro

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Cristina dos Santos

Nascimento: 04/06/1953

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene da Rocha Santiago

Nascimento: 25/05/1945

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 32690750

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marlene de Freiats Hazelman

Nascimento: 19/10/1959

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33160808-975278182

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene do Nascimento Assis

Nascimento: 25/09/1938

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24116550

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene do Nascimento Barbosa

Nascimento: 18/03/1950

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 35864999

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Domingos do Espirito Santos

Nascimento: 18/12/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 991779826

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Esteves Anacleto

Nascimento: 29/11/1962

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24194024

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Figueira dos Santos

Nascimento: 08/03/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34218062 / 987500595

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marlene Geisenforf

Nascimento: 11/02/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34351944

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Gonçalves da Conceição

Nascimento: 27/02/1956

Sexo: Masculino

CPF: 887.398.807-53

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31585213-89054170

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Ignacio de Resende

Nascimento: 20/08/1938

Sexo: Feminino

CPF: 009.542.037-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33943569

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Ignacio de Resende

Nascimento: 20/08/1938

Sexo: Feminino

CPF: 009.542.037-12

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33943569

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Lins de Almeida

Nascimento: 02/12/1957

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 93860328

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Lobo

Nascimento: 03/10/1972

Sexo: Feminino

CPF: 083.134.197-17

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990566625

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marlene Macedo Alves

Nascimento: 26/08/1963

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 98845-3811

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Marques de Macedo

Nascimento: 31/01/1945

Sexo: Feminino

CPF: 468.546.227-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31558477

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Terra Belhassof

Nascimento: 27/03/1952

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964799829

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlene Vieira da Silva Ferreira

Nascimento: 11/05/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970053304

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Natalia de Oliveira

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marley Cristina E. da S. Soares

Nascimento: 15/07/2014

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marley de Oliveira Ribeiro Gomes

Nascimento: 23/10/1998

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 982043140

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Carolina Leite

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marli da Silva Monte da Luz

Nascimento: 22/06/1958

Sexo: Feminino

CPF: 908.069.647-15

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 33771305

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli da Silva Monte da Luz

Nascimento: 22/06/1958

Sexo: Feminino

CPF: 908.069.647-15

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 992628005

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli dos Santos Porto

Nascimento: 01/09/1954

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 986950940

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Feliciano Barbosa

Nascimento: 29/10/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 980090476

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Feliciano Barbosa

Nascimento: 29/10/1964

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 24063891

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Fidelis de Araujo

Nascimento: 17/01/1964

Sexo: Feminino

CPF: 774.675.667-00

Logradouro:

Número: Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP: UF:

Telefones: 23941799

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marli Francisca de Luna Bezerra

Nascimento: 11/08/1984

Sexo: Feminino

CPF: 049.109.324-10

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966246643

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clinica Azul

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Gonçalves dos Santos

Nascimento: 10/01/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 964110910

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Gregorio da Silva

Nascimento: 20/10/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990294142

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Dentista 10

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Guimaraes Soares

Nascimento: 27/01/1966

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 971645858

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Guimaraes Soares

Nascimento: 27/01/1966

Sexo: Feminino

CPF: 905.156.257-87

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34091869

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Lopes Maia Ferreira

Nascimento: 24/11/1976

Sexo: Feminino

CPF: 081.400.347-89

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969779809

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marli Lopes Ramos

Nascimento: 28/06/1984

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 969514452

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Nascimento Gomes

Nascimento: 07/04/1974

Sexo: Feminino

CPF: 037.614.657-50

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966962091

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Nunes Gonçalves

Nascimento: 09/11/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31555144

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Nunes Lino Gonçalves

Nascimento: 09/11/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31555144

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Rocha de Melo

Nascimento: 25/11/1971

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985185682

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Show

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marli Santos de Jesus

Nascimento: 01/01/1982

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 97428-6266

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marli Silva Costa Batista		
Nascimento:	02/10/1955	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	986414182	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marli Silva Santos		
Nascimento:	27/07/1957	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	602.885.587-15
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31557357	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marllon da Cunha Martins		
Nascimento:	15/10/2002	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	970427538	CEP:	UF:
Alerta Médico:	Online	E-Mail:	
Convênio:	Ortho Ômega	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marllon Oliveira dos Santos		
Nascimento:	14/06/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	975106142	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marllon Virginia dos Santos		
Nascimento:	29/06/1995	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	996936679	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Arantes da Silva		
Nascimento:	10/09/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	141.866.877-06
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24156676 / 975072678	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 2	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marlon Arantes da Silva		
Nascimento:	10/09/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24062067	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Cintia dos Anjos	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Arantes da Silva		
Nascimento:	10/09/1992	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24156676-990066350	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Campo Grande 4	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Bispo dos Santos Gaspar		
Nascimento:	31/03/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	160.287.767-00
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984245878	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Brando Bastos Cordoville		
Nascimento:	17/05/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	158.803.807-69
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	23940786-985386671	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Breno Santana Rosa da Silva		
Nascimento:	30/08/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	990411088	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Costa da Silva		
Nascimento:	05/12/1993	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974541148	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marlon da Cruz Athaide

Nascimento: 07/06/1992

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965885158

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon da Silva de Oliveira

Nascimento: 23/07/1995

Sexo: Masculino

CPF: 154.456.617-41

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966068250

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Sest Senat

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon da Silva Santos

Nascimento: 11/10/1984

Sexo: Masculino

CPF: 105.797.677-60

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966967779

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon de Oliveira

Nascimento: 07/05/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 995555561

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon dos Santos da Silva

Nascimento: 25/07/1999

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24180940-994976691

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Odonto Shining

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon Douglas Santiago

Nascimento: 19/07/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965548447

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	marlon eduardo themoteo da silva		
Nascimento:	14/05/1984	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	107.062.477-28
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	78612455/33163274	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon feliciano dos santos Marques		
Nascimento:	06/12/1998	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	34031414	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Ferreira Barros		
Nascimento:	07/05/1996	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	969157115	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Orthopride	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Ferreira da Silva		
Nascimento:	16/03/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	966613865	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Instituto do Dente	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Flausino da Silva Azevedo		
Nascimento:	12/08/1991	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	140.597.077-40
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994154879	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Francisco Trindade		
Nascimento:	15/02/2001	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	976701470	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Marcel Jonas	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marlon Freitas da Silva		
Nascimento:	12/07/2000	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	974775164-	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Dra Alessandra 01	Carteira:	
Resp. Fin.:	Roselaine Alves de Freitas	CPF Resp.Fin.:	051.629.167-06
<b>Nome:</b>	Marlon Freitas de Souza		
Nascimento:	01/11/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	997885382	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Galdino dos Santos		
Nascimento:	15/12/2006	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	984137882	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Gomes de Paula		
Nascimento:	15/10/1997	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Lins Severino		
Nascimento:	06/06/1985	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985043523	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Amo Odonto	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlon Luis de Souza		
Nascimento:	01/10/1972	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	



## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marlon Luiz Ribeiro Ramos

Nascimento: 19/02/1988

Sexo: Masculino

CPF: 129.031.647-38

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 999381917

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Instituto do Dente

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon Moraes de Souza

Nascimento: 11/09/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970322637

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon Nascimento de Castro

Nascimento: 26/12/2004

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 23942874

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon Oliveira da Silva

Nascimento: 14/02/1998

Sexo: Masculino

CPF: 063.833.067-07

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 965263498

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon Oliveira de Amorim

Nascimento: 27/03/1997

Sexo: Masculino

CPF: 177.823.047-41

Logradouro: Rua Rodolfo Duque

Número: 2

Complemento:

Bairro: Vasconcelos

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 997466059

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon Oliveira Pereira

Nascimento: 04/02/1994

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966347671

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marlon Oton da Silva

Nascimento: 19/12/1988

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon Richard Reis da Costa

Nascimento: 14/08/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34038217

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.: Adriana da Costa Reis

CPF Resp.Fin.:037.499.157-09

**Nome:** Marlon Sergio Azevedo Porfirio

Nascimento: 04/09/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 980707912

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon Silva Lopes

Nascimento: 16/01/1996

Sexo: Masculino

CPF: 140.613.577-19

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33643838

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon Victor Silva Santos

Nascimento: 10/07/1996

Sexo: Masculino

CPF: 607.805.953-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 990871306

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlon Vinicius da Silva Monteiro

Nascimento: 15/05/2000

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973082165

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 3

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marlon William Mendes A. da Silva

Nascimento: 17/10/1995

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968722048

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marlons Flaustín da Silva Azevedo

Nascimento: 12/08/1991

Sexo: Masculino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 994154879

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Orthopride

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marluce Avelino da Silva

Nascimento: 12/08/1968

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985518558

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marluce Barbosa da S. P. Silva

Nascimento: 16/03/1989

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marluce da Silva

Nascimento: 25/03/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970359736

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marluce Oliveira do Nascimento

Nascimento: 23/10/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985240131

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marluce Pereira Moreira		
Nascimento:	06/02/1966	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	31567766	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marluci Aguiar Ramos		
Nascimento:	26/02/1967	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24128029	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marluci Bonifacio de Paula		
Nascimento:	01/08/1998	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964035183	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marlucia de Carvalho Dias		
Nascimento:	26/06/1957	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	999963830	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marluiza Rodrigues Santos		
Nascimento:	12/07/1980	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	085.545.547-01
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	964097629	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marly Farias Ferreira de Oliveira		
Nascimento:	25/03/1961	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	30491707	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marly Alpino Rodrigues

Nascimento: 03/06/1956

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33169634

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marly Alves de Oliveira

Nascimento: 07/10/1953

Sexo: Feminino

CPF: 871.072.017-00

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 24064924

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marly Madeira Da Silveira

Nascimento: 20/07/1963

Sexo: Feminino

CPF: 905.160.527-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37444079 / 986832998

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marly Medeiros da Silveira

Nascimento: 20/07/1963

Sexo: Feminino

CPF: 905.160.527-72

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 37444079 / 986832998

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marly Nascimento Maeda

Nascimento: 13/12/1960

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 959037713

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marquiline Oliveira de Araujo

Nascimento: 22/05/2018

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31569190

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marselle da Silva Severiano

Nascimento: 12/04/1985

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 970056719

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Marcel Jonas

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marta Araujo Crespo

Nascimento: 16/01/1960

Sexo: Feminino

CPF: 663.885.207-82

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 966299697

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marta Basilio dos Santos Santana

Nascimento: 25/01/1984

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marta Brito de Castro

Nascimento: 22/10/1958

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 985640502

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marta Coelho de Alcantara

Nascimento: 01/10/1970

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 34064697

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marta Cristina da Silva Barbosa

Nascimento: 30/04/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones:

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

## Listagem de Clientes

## Cliente

<b>Nome:</b>	Marta Cristina Ernandez		
Nascimento:	18/06/1971	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:		CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marta Cristina Santos de Matos		
Nascimento:	03/11/1968	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24170848	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marta da Silva Barros		
Nascimento:	10/05/1990	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	138.574.077-94
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	980564640	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marta da Silva Tavares Mendes		
Nascimento:	14/06/1968	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	004.782.547-25
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	24122942	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Odonto White	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marta de Azevedo Ferreira		
Nascimento:	09/04/1974	Sexo:	Feminino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	985205815	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	
<b>Nome:</b>	Marta de Freitas		
Nascimento:	28/05/1968	Sexo:	Masculino
Logradouro:		CPF:	
Bairro:		Número:	Complemento:
Telefones:	994049444	CEP:	UF:
Alerta Médico:		E-Mail:	
Convênio:	Particular	Carteira:	
Resp. Fin.:		CPF Resp.Fin.:	

## Listagem de Clientes

## Cliente

**Nome:** Marta de Lima Sobrinho

Nascimento: 10/02/1989

Sexo: Feminino

CPF: 136.066.507-28

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 973354510 / 34274276

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Campo Grande 2

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marta Felix de Oliveira

Nascimento: 31/05/1981

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 31087589

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Particular

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marta Goes de Sousa

Nascimento: 29/03/1993

Sexo: Feminino

CPF: 161.441.917-55

Logradouro: Rua Projetada 6 (Estr da Pena)

Número: 45

Complemento:

Bairro: Morada de Cosmos

Cidade: Rio de Janeiro

CEP:

UF: RJ

Telefones: 20354744 / 973484897

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marta Gonçalves de Abreu Fonseca

Nascimento: 06/04/1972

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 33775681

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Clínica RS

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marta Guimaraes da Rocha de Oliveira

Nascimento: 14/09/1978

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 986598696

E-Mail:

Alerta Médico: Sem discrep e CD

Convênio: Odonto Val

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.:

**Nome:** Marta Helena da Silva

Nascimento: 12/01/1987

Sexo: Feminino

CPF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Telefones: 968691444

E-Mail:

Alerta Médico:

Convênio: Amor Saude

Carteira:

Resp. Fin.:

CPF Resp.Fin.: