

**Solicita CNES - Protocolo: 20250821205649**

Solicitação: Inclusão**Data de envio:** 21/08/2025 20:56:23**Nome Fantasia:** BEATRIZ ALMEIDA RIBEIRO DOS SANTOS**CPF:** 028.522.457-36**Responsável pela Solicitação**

Nome: IRIAN FATIMA FERREIRA DE ABREU **Telefone:** (21) 9976-95512**Email:** consultorioseclinicas@gmail.com**Endereço do Estabelecimento**

CEP: 22790-701**Endereço:** AV DAS AMÉRICAS**Número:** 15015 **Complemento:** SALA 202**Bairro:** RECREIO DOS BANDEIRANTES**Cidade:** RIO DE JANEIRO**Responsável do Estabelecimento**

Nome: BEATRIZ ALMEIDA RIBEIRO DOS SANTOS **Telefone:** (21) 9867-68480**Email:** NTBEATRIZALMEIDA@GMAIL.COM
