# INFORMAMOS AS ALTERAÇÕES DA REDE, DEVIDAMENTE APROVADA PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) NO TERMOS DA INSTRUÇÃO NORMATIVA/DIPRO N° 46.

**Data**

**03/01/2025**

| DESCREDENCIADOS | | | | | | SUBSTITUIÇÕES | | | Data de Descre-denciamento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Razão Social** | **Nome Fantasia** | **Localização** | **CNPJ** | **Número de Registro do Plano** | **Tipo de Serviço** | **Razão Social** | **Nome Fantasia** | **Localização** | |
| LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SAÚDE LTDA | LABORATÓRIO SÃO GERÔNIMO | Centro, Antônio Carlos | 81.627.234/0001-65 | | Não Hospitalar | | | | 09/02/2025 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |