GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

448268
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
06/01/21	06/01/21	AUTORIZADO	8174444	06/04/21

ário

eira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
2527058000015301	POS REDE PRESTADORA	TROMBINI EMBALAGENS SA	/ /	

	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEUSA FATIMA LIRA RAPKIEWICZ ROTILI 10/04/1981	( ) -	CLEUSA FATIMA LIRA RAPKIEWICZ ROTILI

do Responsável pelo Tratamento

RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	LUCINDO ANGELO PALUDO	9446	RS	

025 - Faturar Empresa

radora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26015053	LUCINDO ANGELO PALUDO	9446	RS	

ssional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANGELO PALUDO	9446	RS	

to / Procedimentos Solicitados

-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
10000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/01/21		Cleusa R.
40001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/01/21		Cleusa R.
40001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	06/01/21		Cleusa R.
40001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/01/21		Cleusa R.
40001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	06/01/21		Cleusa R.

Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

ós ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em ro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores atamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ssinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/01/21	11/01/21	11/01/21 Cleusa F.L.R. Rotili	11/01/21 Dr. Lucindo Ângelo Paludo Cirurgião Dentista - CRO 9446 CPF 380.260.150-53 Fone: (54) 3268 2341

11/01/21