



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.ª

328203
INTERCAMBIO

7-Data Validação da Seriação
12/1/09 12/01

8-Número da Guia Principal
7653942

5-Seriação
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/3/06 12/03

3-Data de Emissão da Guia
12/3/06 12/03

11-Data Validação da Carteira
11/1/11 11/01

10-Empresa
TROMBINI EMBALAGENS SA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

2-Data de Emissão da Guia
01/02/05 01/02/05

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

15-Nome do Titular do plano
FLAVIO HENRIQUE DA SILVA

14-Teléfono
() - - - - -

1-Contratado Responsável pelo Tratamento
LUCINDO ANGELO PALUDO

16-Nome do Titular do plano
FLAVIO HENRIQUE DA SILVA

18-Número no CRO
9446

23-Número no CRO
9446

22-Nome do Contratado Executante
LUCINDO ANGELO PALUDO

25-Código CNEB
025 -

24-UF
RS

27-Número no CRO
9446

26-Código CBO 3
025 -

28-Código CBO 3
025 -

29-UF
RS

30-UF
RS

31-UF
RS

32-UF
RS

33-UF
RS

34-UF
RS

35-UF
RS

36-UF
RS

37-UF
RS

38-UF
RS

39-UF
RS

40-UF
RS

41-UF
RS

42-UF
RS

43-UF
RS

44-UF
RS

45-UF
RS

46-UF
RS

47-UF
RS

48-UF
RS

49-UF
RS

50-UF
RS

51-UF
RS

52-UF
RS

53-UF
RS

54-UF
RS

55-UF
RS

56-UF
RS

57-UF
RS

58-UF
RS

59-UF
RS

60-UF
RS

61-UF
RS

62-UF
RS

63-UF
RS

64-UF
RS

65-UF
RS

66-UF
RS

67-UF
RS

68-UF
RS

69-UF
RS

70-UF
RS

71-UF
RS

72-UF
RS

73-UF
RS

74-UF
RS

75-UF
RS

76-UF
RS

77-UF
RS

78-UF
RS

79-UF
RS

80-UF
RS

81-UF
RS

82-UF
RS

83-UF
RS

84-UF
RS

85-UF
RS

86-UF
RS

87-UF
RS

88-UF
RS

89-UF
RS

90-UF
RS

91-UF
RS

92-UF
RS

93-UF
RS

94-UF
RS

95-UF
RS

96-UF
RS

97-UF
RS

98-UF
RS

99-UF
RS

100-UF
RS

Dr. Lucindo Angelo Paludo

Cirurgião Dentista - CRO 9446
CPF 380.260.150-53
Fone: (54) 3266-2344

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/3/06 12/03

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/3/06 12/03

o, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em
to. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido realizado(s) com meu consentimento e da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores
nias do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

assinado