



2-Nº



357281

414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 8 / 2 0	4-Data de Autorização 1 7 / 0 8 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7799318	7-Data Validade da Senha 1 2 / 1 1 / 2 0
-----	--	--	------------------------------	--	---

[illegible]

0 2 0 2 5 2 7 0 5 8 0 0 0 1 7 4 0 1 1	POS REDE PRESTADORA	TROMBINI EMBALAGENS SA	____/____/____
10		14-Telefone	15-Nome do titular do plano

[illegible]

17-Nome do Profissional Solicitante LUCINDO ANGELO PALUDO	18-Número no CRO 9446	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	---------------------------------	--------------------	---

22-Nome do Contratado Execulante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
LUCINDO ANGELO PALUDO	9446	RS	

Nome do Profissional Executante ANDINO ANGELO PALUDO	27-Número no CRO 9446	28-UF RS	29-Código CRO S
---	--	-------------------------------	------------------------

[illegible][illegible][illegible]

0	8	4	0	0	1	9	8	PROFILAXIA: POLIMENTO										HASE										1	3										5	0	0	0										0	0	0	S										2	3	7
---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

[illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1-Total 2-Parcial 1-1-7-4-0-0

to, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e da forma sal/statória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional/nes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante 01/10/18 11:30	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/18 11:30	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/18 11:30	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/18 11:30
--	--	--	--

[illegible]