

305063
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/04/20		4-Data de Autorização 02/04/20		5-Ser. a AUTORIZADO		6-Data da Guia Principal 50160686		7-Data Validade a Senha 01/07/20		305063 INTERCAMBIO	
8-Data de Início a 0037000022262825				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30				11-Data Validade da Carteira _/_/		12-Número da Cartão Nacional de Saúde 702409584218120	
13-Nome ANDREIA MOLINARO GIGGINO				14-Telefone 26/02/1967 () - - - - -				15-Data do titular do plano ALOISIO GIGGINO					
16-Alimentação a P.V. N				17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ALMEIDA BARBOSA				18-Número no CRO 18387		19-L.F. RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora (ONP) / CPF 01077561709				22-Nome do Contratado Executante FLAVIA ALMEIDA BARBOSA				23-Número no CRO 18387		24-L.F. RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA ALMEIDA BARBOSA								27-Número no CRO 18387		28-L.F. RJ		29-Código CBO S	

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento [][]/[][]/[][]	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Orient./mtia ☐ 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	46-Total Quantidade US [][][][]168100	47-Valor Total R\$ [][][][]0100	48-Total Franquia / Co-pag. Icopação R\$
--	--	---	--	--	--

Declaro, que após 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 contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(m) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cliente / Dentista-Responsável 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Funcionário / Responsável 53-Dia, local e Círculo da Empresa