



398483
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7968814	7-Data Validade da Guia 17/01/21
8-Número da Carteira 00202526543200010801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde
13-Nome ASLAN MACIEL LUIZ		14-Telefone 06/01/1995	15-Nome do titular do plano ASLAN MACIEL LUIZ		
16-Atendimento a R\$ N					
17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF					
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 0073194748		22-Nome do Contratado Executante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF		23-Número no CRO 19521	
24-Nome do Profissional Executante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF		25-Número no CRO 19521		26-Código CBO 5 RJ	
		27-Número no CRO 19521		28-Código CBO 3 RJ	

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	81,00	0,00			26/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Paciente 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 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), foram realizados com meu consentimento e de 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/2020 Juizena	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2020 Juizena
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2020 Juizena	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

CENTRO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ECDL

EPAD 1683