



557663
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 20/05/2021		4-Data de Autorização 31/05/2021		5-Serão AUTORIZADO		6-Numero de Guia Principal 8809454		7-Data Validade da Serão 18/08/2021	
Dados do Beneficiário											
8-Documento de Carteira 00020202530755660002021502				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS		11-Cidade/Estado da Carteira / /		12-Numero da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome NATHALIA CELEGHIN FIGUEIREDO						14-Telefone (11) 3233-1943		15-Nome do titular do plano HUGO LEONARDO NEVES CARDOSO			
16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 21/02/1982											
16-Atendimento a Rix N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA				18-Numero na CRO 4992		19-UF DF		20-Código CBO S 01	
21-Código de Operadora - Cofre - CNE 6110521		22-Nome do Contratado Beneficiário YEDA ALMEIDA RODRIGUES				23-Numero na CRO 4992		24-UF DF		25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES						27-Numero na CRO 4992		28-UF DF		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Código Região	34-Fase	35-Del	36-Quadrante US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Atividade da Guia 42-Atividade
1	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3600	18020			31/05/21	80
2	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3600	18020			31/05/21	80
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3600	18020			31/05/21	80
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3600	18020			31/05/21	80
5	00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400	1530			31/05/21	80
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Exame Radiográfico		44-Exame Radiológico		45-Tipo de Tratamento		46-Total Quadrante US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia - Co-participação R\$	
6110521		1-1 Tratamento Odontológico		1-1 Total		71800		18020			
Declaro que sou o(a) beneficiário(a) e/ou responsável pelo tratamento, autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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(ram) 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Assinatura do Beneficiário: Assinatura do Profissional Solicitante: Assinatura do Profissional Executante:											
49-Data, Hora e Assinatura do Contratado Beneficiário / Responsável		50-Data, Hora e Assinatura do Profissional Solicitante / Responsável		51-Data, Hora e Assinatura do Profissional Executante							
6110521		31/05/21		6110521							