



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
11/01/12 12/15

4-Data de Autorização  
/ / / / / /

5-Senha  
/ / / / / /

6-Número da Guia Principal  
14709440

7-Data Validade da Senha  
10/8/10 2/12/16

2572997  
INTERCAMBIC

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
002025112423302723601

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
CAIXA BENEF DOS FUNC DO BCO

11-Data Validade da Carteira  
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde  
/ / / / / /

13-Nome  
GILDASIO SANTOS DE OLIVEIRA

14-Telefone  
30/07/1967

15-Nome do titular do plano  
GILDASIO SANTOS DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N AMERSON JOSE FIRMINO DA SILVA

18-Número no CRO  
18077

19-UJ  
PE

20-Código CBO S  
25

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
04172131409

22-Nome do Contratado Executante  
AMERSON JOSE FIRMINO DA SILVA

23-Número no CRO  
18077

24-UJ  
PE

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
AMERSON JOSE FIRMINO DA SILVA

27-Número no CRO  
18077

28-UJ  
PE

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

1-0085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 1 14400 10100

2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento  
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento  
1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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), foi/foram 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
10/11/12/15 Dr. Amerson Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
10/11/12/15 Dr. Amerson Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
10/11/12/15

53-Data, local e Carimbo da Empresa  
10/11/12/15

Dr. Amerson Silva  
Cirurgião - Dentista  
CRO PE 18077

Dr. Amerson Silva  
Cirurgião - Dentista  
CRO PE 18077