



332073
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	2-Data de Emissão da Guia 10/09/2010	3-Data de Validade 10/11/2010	4-Situação AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50173533	6-Data Validade da Guia 12/09/2010
7-Identificação do Paciente 100370000032145498			8-Endereço POS REDE PRESTADORA	9-Endereço JORGE MARCOS PACHECO	10-Data Validade da Guia 11/11/11
11-Nome THAISSA DE ARAUJO PACHECO			12-Data 30/09/1991	13-Telefone () - - - - -	14-Endereço da Mãe do Paciente JORGE MARCOS PACHECO

15-Atendimento a HV N	16-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM	17-Número no CRO 34075	18-UF RJ	19-Código CBO 801 -
20-Código no Operadora / CNPJ / CPF 10970822707	21-Nome do Contratado Encarregado CAROLINA NOGUEIRA MELHEM	22-Número no CRO 34075	23-UF RJ	24-Código CNEB
25-Nome do Profissional Responsável CAROLINA NOGUEIRA MELHEM		26-Número no CRO 34075	27-UF RJ	28-Código CBO

30-Tratamento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diente/Região	34-Fase	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Mostrar da Guia	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00			02/09/2010		
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3500	0,00			02/09/2010		
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3500	0,00			02/09/2010		
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3500	0,00			02/09/2010		
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3500	0,00			02/09/2010		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 17400	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite 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(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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, Assinatura e Assinatura do Contratado, Devidamente Assinada	51-Data, Assinatura e Assinatura do Contratado, Devidamente Assinada	52-Data, Assinatura e Assinatura do Contratado, Devidamente Assinada	53-Data, Assinatura e Assinatura do Contratado, Devidamente Assinada
	Dr. Carolina Nogueira Melhem	Dr. Carolina Nogueira Melhem	Thaissa de Araujo Pacheco	