



420345
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206554	7-Data Validade da Senha 15/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000026627836	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701800273340471*	
13-Nome ITAMAR COSTA KALIL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do Plano ITAMAR COSTA KALIL		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	27-Número no CRO 16328	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RME	

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	18/11/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	18/11/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	18/11/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0001-35
FACENTER - CENTRO DE
DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Rua Visconde de Pirajá, 550 - Sala 322
Ipanema - CEP 22.410-002
Rio de Janeiro - RJ

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 250,00	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), 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Hamar Kalil

(M)

Solicito exame radiográfico

- Periapical completo
- Bite wings.

Obrigada


Dra. Alessandra Corradin
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 20388

17.11.2020

Dra. Alessandra Corradin

Cirurgiã-Dentista - Periodontia - CRO-RJ 20388

Rua Jardim Botânico, 700 - Sala 410 - Jardim Botânico - 22461-000 - Rio de Janeiro - RJ
Fone: (21) 2294.1938 - Cel.: (21) 98552.0054 - E-mail: ale.corradin@gmail.com