



2-Nº



311784
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS	406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2015	4-Data de Autorização 08/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156752	7-Data Validade da Senha 06/10/2018
----------------	--------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
000379994064042208	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	706209748777970

ANID

		(		)				-														
ANDREA CRUZ DUNCAN										25/01/1966						ANDREA CRUZ DUNCAN						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

15-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CRO S
N		17644	RJ	06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado / Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0112478156704	CRISTIANE BOUZADA BRUZIGUESES ESPINOLA	17644	RJ	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO S	
CRISTIANE BOUZADA BRUZIGUESES ESPINOLA	17644	RJ		

THE EFFECTS OF THE 1990S REFORMS ON THE RURAL LABOR MARKET

30-Tabella	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 de Glosa 42-Assinatura
1- 0 0 0 8 5 2 0 0 1 0 7		RETRATAMENTO	37		1	9 3 5 0 0		0 0 0		19/05/20	[Assinatura]
2- 0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RMIE		1	2 8 0 0		0 0 0		19/05/20	[Assinatura]
3- _____											
4- _____											
5- _____											
6- _____											
7- _____											
8- _____											
9- _____											
10- _____											
11- _____											
12- _____											
13- _____											
14- _____											
15- _____											

43-Data Previsão

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Termino do Tratamento

1- Tratamento Odontológico

2- Exame Radiológico

3- Ortodontia

4- Urgência/Emergência

1- Total

2- Parcelal

9 6 3 0 0

0 0 0

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião: Crissiane D. Brizoluzes Espindola
19/165/1180 Cirurgiã-Dentista

51-Data, local e Assinatura do **Presidente** **Christine B. Bruzigue** **Espindola**
19/05/11 **eturgia-deputa**

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO-RJ 17644 CPF 017 478 567 M

CRG-RI 17644 CPE 012 170 173 M