



Beneficiário	14	3-Dia de Emissão da Guia 13/01/07/12/1	4-Data de Autocancelamento 11/11/11	5-Semana PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 641656	7-Data Válido de Semana 12/8/1110/12/1
641656 INTERCÂMBIO						

[illegible]

UEL BRANDAO DE ARAUJO	12/09/1972	() - ()	
RAQUEL BRANDAO DE ARAUJO			

3-Conteúdo Responder pelo Tratamento			
Assinatura a RN			
17-Nome do Profissional Solicitante			
18-Número no CRO			
19-UF			
20-Código CRO's			
		025	

22-Nome do Contratado Envolvido	23-Número no CNO	24-UF	25-Código CNES
ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	26092	SP	

Enviar - RX
(1) 851 002200

ESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	26092	28-U- SP	25-Codigo CBO S
---------------------------	-------	-------------	-----------------

32-Descrição	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Autorização
31-Código do Procedimento	34-Face	35-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Autorização

[illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

1-1º Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-odontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 1 2 2 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
---	--------------------------	----------------------	----------------	----------------

As ao tratamento realizado, comprometendo-me a alcar com os custos conforme previsto em contrato.

54 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	55 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	56 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
---	---	---

2