

1-Registro ANS 000582		3-Número da Guia Principal																									
4-Data da Autorização 18/12/2017				5-Senha 14862095			6-Data de Validade da Senha			7-Número da Guia Atribuído pela Operadora																	
DADOS DO BENEFICIÁRIO																											
8-Número da Carteira 4107796105213006				9-Validade da Carteira 01/03/2018		10-Nome FERNANDO SOSSAI RIZZO			11-Cartão Nacional de Saúde 705801456369839		12-Atendimento a RN N																
DADOS DO SOLICITANTE																											
13-Código na Operadora 44700004			14-Nome do Contratado CENTRO MEDICO UROLOGICO S/C LTDA																								
15-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANO BORTOLIN			16-Conselho Profissional 06		17-Número do Conselho 87740			18-UF SP	19-Código CBO 225285		20-Assinatura do Profissional Solicitante																
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS																											
21-Caráter do Atendimento 1			22-Data da Solicitação 18/12/2017			23-Indicação Clínica																					
24-Tabela	25-Código do Procedimento ou Item Assistencial				26-Descrição				27-Qtde. Solic.		28-Qtde. Aut.																
98	56110111				PACOTE VASECTOMIA BILATERAL				1		0																
98	56110111				PACOTE VASECTOMIA BILATERAL				1		0																
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE																											
29-Código na Operadora 44700004				30-Nome do Contratado CENTRO MEDICO UROLOGICO S/C LTDA							31-Código CNES 3221903																
DADOS DO ATENDIMENTO																											
32-Tipo de Atendimento 02			33-Indicação Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				34-Tipo de Consulta			35-Motivo de Encerramento do Atendimento																	
DADOS DA EXECUÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS																											
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição				42-Qtde	43-Via	44-Tec	45-Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário(R\$)	47-Valor Total(R\$)													
IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(IS) EXECUTANTE(S)																											
48-Seq. Ref.		49-Grau Part.		50-Código na Operadora / CPF		51-Nome do Profissional		52-Conselho Profissional		53-Número no Conselho		54-UF		55-Código CBO													
56-Data de Realização de Procedimentos em Série				57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável																							
1				3				5				7				9											
2				4				6				8				10											
58-OBSERVAÇÃO / JUSTIFICATIVA																											
59-Total de Procedimentos(R\$)				60-Total de Taxas de Aluguéis(R\$)				61-Total de Materiais(R\$)				62-Total de OPME(R\$)				63-Total de Medicamentos(R\$)				64-Total de Gases Medicinais(R\$)				65-Total Geral(R\$)			
66-Assinatura do Responsável pela Autorização						67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável						68-Assinatura do Contratado															