

Registro Ans ANS nº 368253		3 - Nº Guia Principal 113358006	4 - Data da Autorização	5 - Senha K27068588	6 - Data de Validade da Senha 19/12/24	7 - Data de Emissão da Guia
08 - DO BENEFICIÁRIO Número da Carteira 0AFH000501000		9 - Plano Integrado 310E	10 - Validade da Carteira	11 - Nome ANDREA APARECIDA CASSIANO DA SILVA CORDEIRO	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
09 - DO CONTRATADO SOLICITANTE Código na Operadora/CNPJ/CPF		14 - Nome do Contratado			15 - Código CMES	
Nome do Profissional Solicitante ROBERTO MARCAL VIEIRA		17 - Conselho Profissional CRM		16 - Número no Conselho 67351	19 - UF SP	20 - Código CBO S
13 - OS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS						
Data/Hora de Solicitação 18/04/2022 16:50		22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica VARIZES		
26 - Código do Procedimento 2004	27 - Descrição VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO BILATERAL	28 - Qtd. Sess.		29 - Qtd. Autor.	30 - Qtd. Sess. Autor.	
31 - Nome do Contratado		32 - T Log	33-34-35 - Logradouro - Número Dispersamento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE
39 - CEP		40 - Código CMES	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar			
42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	46 - Grau de Participação	
14 - OS DO CONTRATADO EXECUTANTE						
Tipo de Atendimento 01 - Remissão 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADI Intensivo 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva		47 - Indicação de Atendimento U - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trauma 2 - Outros		48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADI 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito		
15 - OS DO ATENDIMENTO						
Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica		50 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias				
16 - EDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS						
51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento	57 - Qtd	58 - Via
59 - Tec	60 - % Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$			
Assinatura de Procedimentos em São						
Observação						
AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO						
Assinatura do Usuário/Representante						
63 - Total Procedimentos - R\$	64 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	65 - Total Materiais - R\$	66 - Total Medicamentos - R\$	67 - Total Diárias - R\$	68 - Total Gases Médicos - R\$	69 - Total Geral da Guia - R\$
70 - Data e Assinatura do Solicitante 18/04/2022		71 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		72 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Data e Assinatura do Prestador Executante

K27068588