Contratado	68 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		66 - Assinatura do Responsavel pela Autorização
64 - TOTAL DE GASES MEDICINALS (K3) 65 - TOTAL GERAL (K3)	b3 - Total de Medicamentos (K\$)	07.4 10031 de UPME (KS)	(xa) creation and control (xa) creation as exert at the control (xa)	On a rotal and rotal
				58-Observação / Justificativa
10-L I W I W I I I I	8-	6-	4-11 11 11 11 11 11	2-
			57-Assinatura do Beneficiário ou	Data de Realizaç
	E			
	Profissional			
selho 54-UF 55-Código CBO	52-Conselho 53-Número no Conselho	nal	a/CPF 51-Nome do Profissional	Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48-Seq.Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF
				5-
				4-1
				3-1 1 1/1 1 1/1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
=======================================				2-
	_	-		M I II I
cresc. 45-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)	42 - Qtde. 43-Via 44-Tec. 45- Fator Red/Acresc.	o 41-Descrição	Exames Realizados 37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento	Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36-Data 37-Hora Inicial 38-
		Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta	32-Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acid
Name of the control o				Dados do Alendimento
31 - Código CNES			30 - Nome do Contratado	29 - Código na Operadora
				Dados do Contratado Executante
		gada	Hemoglobina gligada	
			Creatinina	3
			Coagulograma	2
27 - Otde, Solic. 28 - Otde, Aut.		mpleto	Hemograma completo	24-Tabeta 25-Godigo do Procedimento Aut. ou Item Assistencial
				Amidimento
CMM/PH. 28617			ão Clínica	Dados da Solicitação / Procedimentos ou itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do 22 - Data da Solicitação 23 - Indicaç
· anato		CID-N		
20 - Assinatura do Profis 100 100 100 100 100 100 100 100 100 10	18 – UF 19 - Código CBO 20 - Assinatur	ho	16 - Conselho	15 - Nome do Profissional Solicitante
CKM/PN ZOOT			14 - INVINCTO CONTRIBUTO	- configuration
Ortopedia e Traumatologia			da Nama da Carta da	Dados do Solicitante
11 - Cartão Nacional de Saúde Dr. João Paulo F. Guerrelledo a RN	HN DE FIGUEIREDO	10 - Nome ALAN JOH	9 - Validade da Carteira	8 - Número da Carteira
				nefici
	- Número da Guia Atribuído pela Operadora	6 - Data de Validade da Senha 7 - N	Ta .	4 - Data da Autorização 5-Senha
		•	Principal	1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal
	OT		Fone: (43) 3315-1900	CHospitalar
2· N° Guia no Prestador	O AUXILIAR DE	GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL / SERVICO		PLANO DE SAUDE