



1 - Registro ANS 348295	3 - N. Guia Principal		
4 - Data de Autorização 15/07/2019	5 - Senha 37858069	6 - Data Validade da Senha 13/09/2019	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 44601

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 0303821001578007	9 - Validade da Carteira	10 - Nome CRISTIANE MARTINS DE OLIVEIRA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN Não
---	--------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 18 / 45399961000159	14 - Nome do Contratado UNIMED SOROCABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO				
15 - Nome do Profissional Solicitante UNIMED SOROCABA COOPERATIVA DE TRABALHO M	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF SP	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento E	22 - Data da Solicitação 27/06/2019	23 - Indicação Clínica		
24- Tabela 22	25 - Código do Procedimento 40703029	26 - Descrição CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO - 131)	27 - Qt.Solic. 1	28 - Qt.Autoriz. 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 5 - EXAMES	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 4 - NÃO ACIDENTE	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
---	--	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43-Via	44-Téc.	45-%Red/Acresc.	46-Valor Unitário - R	47-Valor Total - R\$
1- / /	:	a :									
2- / /	:	a :									
3- / /	:	a :									
4- / /	:	a :									
5- / /	:	a :									

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 / *** OBS:
Justificativas

59 - Total Procedimentos R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral da Guia R\$
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				