



1 - Registro ANS 348295		3 - N. Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/09/2019	5 - Senha 41673109	6 - Data Validade da Senha 04/11/2019	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 41673109

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 0185128000306006	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LAERCIO SBRISSA	11 - Cartão Nacional de Saúde 704705707936735	12 - Atendimento a RN Não
---	--------------------------	-------------------------------------	---	-------------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 40645 / 37618750610	14 - Nome do Contratado SERGIO BRANDI				
15 - Nome do Profissional Solicitante SERGIO BRANDI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 040645	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 05/09/2019	23 - Indicação Clínica		
---	---	------------------------	--	--

24- Tabela 22	25 - Código do Procedimento 40706010	26 - Descrição CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL)	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 / Justificativas
 *** OBS: • AUTORIZADO PROCEDIMENTO PARA PRESTADOR CREDENCIADO E LOCAL HABILITADO
 • *** AUTORIZADO PARA RECURSO CREDENCIADO - LOCAL HABILITADO (FICANDO A CRITÉRIO A ESCOLHA DO PACIENTE).

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