

Registro ANS
005711

3- Nº Guia Principal

2- Nº

575204976

Ades do Beneficiário
Número da Carteira

9- Plano

10- Validade da Carteira

4- Data da Autorização

6- Data Validade da Senha

7- Data de Emissão da Guia

Ades do Contratado Solicitante
3- Código na Operadora/CNPJ/CPF

14- Nome do Contratado

11- Nome
Wellington C. Salvador

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

15- Código CNES

6- Nome do Profissional Solicitante

17- Conselho Profissional

18- Número no Conselho

19- UF

20- Código CBOS

Ades da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados
1- Data/Hora da Solicitação

22- Caracter da Solicitação

23- QD 10

24- Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referência e alto custo)

5- Tabela

27- Descrição

28- Qt Solic. 29- Qt Autoriz.

TEL Sono e vigília

Ades do Contratado Executante
0- Código na Operadora/CNPJ/CPF

31- Nome do Contratado

32- TL 33- Logradouro

34- Número

35- Complemento

37- UF

38- Código IBGE 39- CEP

40- Código CNES

04- Código na Operadora/CPF

41- Nome do Profissional Executante / Complementar

42- Conselho Profissional

43- Número no Conselho

44- UF

45- Código CBOS

45A- Grau Part

Ades do Atendimento
6- Tipo de Atendimento

1- Remoção 2- Pequena Cirurgia 3- Terapia 4- Consulta 5- Exame 6- Atend. Domiciliar
7- ISADT Internado 8- Quimioterapia 9- Radioterapia 10- TRS- Ter. Renal Substitutiva

47- Indicação de Acidente
0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros

48- Tipo de Saída
1- Retorno 4- Internação

2- Retorno ISADT 3- Referência 6- Óbito

Consulta Referência
9- Tipo de Doença

50- Tempo de Doença

A - Anos M- Meses D- Dias

Procedimentos e Procedimentos em Série
1- Data

52- Hora Inicial

53- Hora Final

54- Tabela

55- Código do procedimento

56- Descrição

57- Qtd 58- Via 59- Tec. 60- % Red./Acresc. 61- Valor Unitário - R\$

62- Valor Total - R\$

3- Data e Assinatura de Procedimento em Série

3

5

7

9

4- Observação

4

6

8

10

5- Total Procedimentos R\$

66- Total Honorários R\$

67- Total Materiais R\$

68- Total Medicamentos R\$

69- Total Diárias R\$

70- Total Gases Medicinais R\$

71- Total Geral da Guia R\$

6- Data e Assinatura do Solicitante

87- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

88- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89- Data e Assinatura do Prestador Executante