GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

AUXILIAR DE 2- N° Guia no Prestador

Nº: 211405872

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal					
9-5					
- Data da Autorização			6 - Data de Validade da Senha	Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		SISMINITED STATES			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira		10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	
			0		RN
Dados do Solicitante	H	Market Carling	J. J. T.		
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado		Drang Simple	7	
	Hann		o l		Tall of the second
15 - Nome do Profissional Solicitante Dra. Rozana 343		16 - Conselho 17 - Nu Profissional	17 - Número no Conselho (1701 03:345) 18	18 - UF 19 - Cédigo CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante	Dra. CR. CR.
Dados da Sollettação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solleit	adositt				INCOMESTICATION OF THE PROPERTY OF STANSON OF THE PROPERTY OF
21 - Caráter do 22 - Data da Solicitação 23 - Indic Atendimento	cação Clínica				
24-Tabela 25- Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial	io				27-Qtde, Solic. 28-Qtde, Aut.
]		0			
		3	renon forms		
			•		
4					
5-					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado				31 - Código CNES
Dados do Atendimento		THE STREET			
32-Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Execução / Procedimentos e	Report of the Control	STATE STATEMENT OF			TO STATE OF THE PERSON NAMED IN COLUMN 1
6-Data	bela 40-Código do Pr	ocedimento 41-Des	crição	itde. 43-Via 44-Tec. 45-Fa	47-Valor Total (R\$)
]				
3-1 M 1 M 1 II I I I I I I I I I I I I I I					
4-					
S-1					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	A CAN DE SENSION DE LA COMPANSION DE LA			and the state of t	
Ref 49-Grau Part. 50-Codigo na Operadora/CP	51-Nome do	51-Nome do Profissional		52-Conseino 53-Numero no Conseino Profissional	54-UF 55-Codigo CBO
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	lo Beneficiário ou Responsáve				
M I M I I I I	И И		5-1	M -6	
2-1	1 1 1/1 1 1/1 1		-		
58-Observação / Justificativa					
os (R\$) 60 - Total de Taxas e		61 - Total de Materiais (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais ((\$) 65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - ASSI	67 - Assinatura do Beneficiario ou Responsavei	68 - Assinatura do Contratado	