



1 - Registro ANS <b>419249</b>		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização <b>22/05/2023</b>	5 - Senha <b>66322869</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>20/08/2023</b>	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>66322869</b>

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>7107900001010</b>	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
10 - Nome <b>EDUARDO ARAUJO DA SILVA</b>			

**Dados do Solicitante**

13 - Código na Operadora <b>57 / 64236640805</b>	14 - Nome do Contratado <b>PRESTADORES N/CREDENCIADOS PF</b>		
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PRESTADORES N/CREDENCIADOS PF</b>	16 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	17 - Número no Conselho <b>999999</b>	18 - UF <b>SP</b>
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

21 - Caráter do Atendimento <b>E</b>	22 - Data da Solicitação <b>18/05/2023</b>	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador de Cobertura Especial
---	---	------------------------	--------------------------------------

24- Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 41001230	26 - Descrição TC - Angiotomografia coronariana	27 - Qtde. Solic. 1	28 - Qtde. Aut. 1
------------------	--	--	------------------------	----------------------

**Dados do Contratado Executante**

29 - Código na Operadora <b>529 / 02768662000131</b>	30 - Nome do Contratado <b>PRO IMAGEM EXAMES COMPLEMENTARES LTDA</b>	31 - Código CNES <b>2073749</b>
---	---	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo de Atendimento <b>23</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de atendimento <b>01</b>	92 - Saúde Ocupacional
---------------------------------------	---	-----------------------	--	---	------------------------

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45 - Fator 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:  
Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado