

1 - Registro ANS 34665-9		3 - No Guia Principal		4 - Data da Autorização _/_/__/_/_/		5- Senha		6 - Data Validade da Senha _/_/__/_/_/		7 - Data de Emissão da Guia _/_/__/_/_/				
DADOS DO BENEFICIÁRIO														
8 - Número da Carteira 3103001165750050				9 - Plano		10 - Validade da Carteira _/_/__/_/_/		11 - Nome VANICE OLIVIA DA SILVA			12 - Número do Cartão Nacional de Saúde _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_			
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE														
13- Código na Operadora/CNPJ/CPF 33683111000107				14 - Nome do Contratado SERPRO - Serviço Federal de Processameto de dados					15 - Código CNES					
16 - Nome do Profissional Solicitante					17 -Conselho Profissional		18 - Número no Conselho		19 - UF SP	20 - Código CBO S				
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS														
21 - Data/Hora da Solicitação _/_/__/_/_/ _:_:				22 - Caráter de Solicitação [E] E-Eletiva U-Urgência / Emergência			23 - CID 10 Z00		24 - Indicação Clínica (obrigatória se pequena cirurgia, terapia, consulta)					
25 - Tabela 26 - Código do Procedimento 27- Descrição 28 -Qt.Solicitada 29 - Qt.Autorizada														
0.096.03.0186 Hemograma Completo														
0.096.03.0046 Glicose Jejum														
0.096.03.0267 Rotina de Urina														
0.096.03.0194 Creatinina														
0.096.03.0216 Triglicerídes														
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE														
30- Código na Operadora / CNPJ / CPF _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_			31- Nome do Contratado		32- T.L.	33-34-35-Logradouro-Número-Complemento		36-Município		37- UF	38-Cód.IBGE	39-CEP	40- Código CNES	
40a-Código na Operadora / CNPJ / CPF do exerc. _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_			41-Nome do Profissional Executante/Complementar		42-Conselho Profissional		43-Número no Conselho			44- UF	45-Código CBO S		45a-Grau de Participação _/_/_	
DADOS DO ATENDIMENTO														
46- Tipo Atendimento _/_/_ 01-Remoção 02-Pequena Cirurgia 03-Terapias 04-Consulta 05-Exame 06-Atendimento Domiciliar 07-SADT Interno 08-Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitua						47-Indicação de Acidente _/_/_ 0-Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros				48-Tipo de Saída _/_/_ 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito				
CONSULTA REFERÊNCIA														
49-Tipo de Doença _/_/_ A-Aguda C-Crônica			50-Tempo de Doença _/_/_-_-_- A-Anos M-Meses D-Dias											
PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE														
51-Data 52-Hora Inicial 53-Hora Final 54-Tabela 55-Código do Procedimento 56-Descrição 57-Qtde 58-Via 59-Tec 60-%Red/Acresc 61-Valor Unitário - R\$. 62-Valor Total - R\$														
1 - _/_/__/_/_/ _/_: _/_ a _/_: _/_ _/_ _/_/_/_/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_ _/_ _/_ _/_ _/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_/_/_														
2 - _/_/__/_/_/ _/_: _/_ a _/_: _/_ _/_ _/_/_/_/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_ _/_ _/_ _/_ _/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_/_/_														
3 - _/_/__/_/_/ _/_: _/_ a _/_: _/_ _/_ _/_/_/_/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_ _/_ _/_ _/_ _/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_/_/_														
4 - _/_/__/_/_/ _/_: _/_ a _/_: _/_ _/_ _/_/_/_/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_ _/_ _/_ _/_ _/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_/_/_														
5 - _/_/__/_/_/ _/_: _/_ a _/_: _/_ _/_ _/_/_/_/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_ _/_ _/_ _/_ _/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_/_/_														
63-Data e Assinatura de Procedimentos														
1 - _/_/__/_/_/ 3 - _/_/__/_/_/ 5 - _/_/__/_/_/ 7 - _/_/__/_/_/ 9 _/_/__/_/_/ 10 _/_/__/_/_/														
2 - _/_/__/_/_/ 4 - _/_/__/_/_/ 6 - _/_/__/_/_/ 8 - _/_/__/_/_/ 10 _/_/__/_/_/														
64 -Observação														
65 -Total Procedimentos R\$ 66-Total Taxas e Aluguéis R\$ 67-Total Materiais R\$ 68 -Total Medicamentos R\$ 69 -Total Diárias R\$ 70 -Total Gases Medicinais 71 - Total Geral da Guia R\$														
86- Data e Assinatura do Solicitante 87- Data e Assinatura do Responsável 88 - Data e Assinatura do Beneficiário 89 - Data e Assinatura do Prestador de Serviço														