

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 3103001411160045	9 - Plano	10 - Validade da Carteira _/_/___/___	11 - Nome ALBERTO MARIANNO DE SANTANA SANTOS	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 C12 (C00-C14)	24 - Indicação Clínica (obrigatória se pequena cirurgia, terapia, consulta) z00	
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 -Qt.Solicitada	29 - Qt.Autorizada
	0.096.03.0062	Colesterol Total		
	0.096.03.0038	Colesterol HDL		

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 Substituta	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 1 - _/_/___/___ 2 - _/_/___/___ 3 - _/_/___/___ 4 - _/_/___/___ 5 - _/_/___/___	52-Hora Inicial _/_: _/_ a _/_: _/_	53-Hora Final _/_: _/_ a _/_: _/_	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\$ _/_/_/_/_/_._/_/_
--	--	--------------------------------------	------------------	--	-------------------------------------	----------------	---------------	---------------	---------------------------------	--	---

63-Data e Assinatura de Procedimentos 1 - _/_/___/___ 2 - _/_/___/___	3 - _/_/___/___	4 - _/_/___/___	5 - _/_/___/___	6 - _/_/___/___	7 - _/_/___/___	8 - _/_/___/___	9 _/_/___/___	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 _/_/___/___			