

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 _/_: _/_	_/_: _/_ a _/_: _/_	_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	_____	_/_	_/_	_/_	_/_/_/_._/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
2 - _/_/__/_/_/	_/_: _/_ a _/_: _/_	_/_: _/_ a _/_: _/_	_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	_____	_/_	_/_	_/_	_/_/_/_._/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
3 - _/_/__/_/_/	_/_: _/_ a _/_: _/_	_/_: _/_ a _/_: _/_	_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	_____	_/_	_/_	_/_	_/_/_/_._/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
4 - _/_/__/_/_/	_/_: _/_ a _/_: _/_	_/_: _/_ a _/_: _/_	_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	_____	_/_	_/_	_/_	_/_/_/_._/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
5 - _/_/__/_/_/	_/_: _/_ a _/_: _/_	_/_: _/_ a _/_: _/_	_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	_____	_/_	_/_	_/_	_/_/_/_._/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

63-Data e Assinatura de Procedimentos

1 - _/_/__/_/_/	_____	3 - _/_/__/_/_/	_____	5 - _/_/__/_/_/	_____	7 - _/_/__/_/_/	_____	9 _/_/__/_/_/	_____
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 _/_/__/_/_/			