

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|--|----------|---|--|
| 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 |
| | 0.096.03.0160 | Consulta com o oftalmologista | | |
| | 0.096.03.0240 | Tonometria - binocular | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 - _/_/ _/ _/ _/ | 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\$ _ _ _ _ _ . _ _ |
| 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 _/_/ _/ _/ _/ | |