

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 31030012960000110	9 - Plano	10 - Validade da Carteira _/_/__/_/_/	11 - Nome ROGERIO GUIMARAES LANGE	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
	0.096.03.0160	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 _/_/__/_/_/