

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												
		0.096.03.0160		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		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 _/_/___/___		_ _ _ _ _					
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 _/_/___/___											