

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 08013489	9 - Plano	10 - Validade da Carteira _/_/___/___	11 - Nome EDSON EGYDIO DE OLIVEIRA	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 D01 (D00-D09)	24 - Indicação Clínica (obrigatória se pequena cirurgia, terapia, consulta) herlandia	
25 - Tabela 0.096.03.0160	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição Consulta com Oftalmologista	28 -Qt.Solicitada	29 - Qt.Autorizada

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_:_:___	_:_:___a_:_:___	_ _ _	_ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ . _ _	_ _ _ _ _ . _ _	_ _ _ _ _ . _ _
2 - _/_/___/___	_:_:___a_:_:___	_:_:___a_:_:___	_ _ _	_ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ . _ _	_ _ _ _ _ . _ _	_ _ _ _ _ . _ _
3 - _/_/___/___	_:_:___a_:_:___	_:_:___a_:_:___	_ _ _	_ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ . _ _	_ _ _ _ _ . _ _	_ _ _ _ _ . _ _
4 - _/_/___/___	_:_:___a_:_:___	_:_:___a_:_:___	_ _ _	_ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ . _ _	_ _ _ _ _ . _ _	_ _ _ _ _ . _ _
5 - _/_/___/___	_:_:___a_:_:___	_:_:___a_:_:___	_ _ _	_ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ . _ _	_ _ _ _ _ . _ _	_ _ _ _ _ . _ _

63-Data e Assinatura de Procedimentos											
1 - _/_/___/___	_____	3 - _/_/___/___	_____	5 - _/_/___/___	_____	7 - _/_/___/___	_____	9 _/_/___/___	_____	10 _/_/___/___	_____
2 - _/_/___/___	_____	4 - _/_/___/___	_____	6 - _/_/___/___	_____	8 - _/_/___/___	_____				

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 _/_/___/___