

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 3103001165420050	9 - Plano	10 - Validade da Carteira _/_/__/_/_/	11 - Nome MARCIA FRANCO PONTES BORGES COLTRO	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	24 - Indicação Clínica (obrigatória se pequena cirurgia, terapia, consulta)	
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 -Qt.Solicitada	29 - Qt.Autorizada
	0.096.03.0062	Colesterol Total		
	0.096.03.0038	Colesterol HDL		

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 _/_/__/_/_/	