

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|--|----------|---|--|
| 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 |
| | 0.096.03.0186 | Hemograma Completo | | |
| | 0.096.03.0046 | Glicose Jejum | | |
| | 0.096.03.0267 | Rotina de Urina | | |
| | 0.096.03.0194 | Creatinina | | |
| | 0.096.03.0216 | Triglicerídes | | |

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 Substitua | 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 _/_/__/_/_/ | _____ |
| 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 _/_/__/_/_/ | | | |