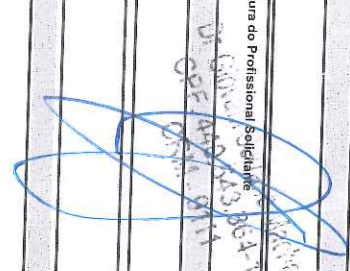


1 - Registro ANS 344885	3 - N.º Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia atribuído pela Operadora
<b>Dados do Beneficiário</b>					
8 - Número da Carteira 08650001866044005	9 - Validade da Carteira	10 - Nome BORIS DIMITRI DE SIQUEIRA FILHO	11 - Cartão Nacional de Saúde		
<b>Dados do Solicitante</b>					
13 - Código na Operadora 110091080	14 - Nome do Contratado GOT GRUPO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA	12 - Atendimento a RN			
<b>Dados do Profissional Solicitante</b>					
15 - Nome do Profissional Solicitante GIOVANI SERRANO MACHADO					
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>					
21 - Caráter Atendimento	22 - Data/hora da Solicitação	23 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 9111	18 - UF 26
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição Fisioterapia motora e analgésica com TENS de Ombro Esquerdo	19 - Código CBO S 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	27 - Qtd. Solic. 10
<b>Dados do Contratado Executante</b>					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES			
<b>Dados do Atendimento</b>					
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
36 - Indicação Clínica					
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>					
Seq	37 - Data	38 - Hora Inicial	39 - Hora Final	40 - Tabela	41 - Código do Procedimento
					42 - Descrição
					43 - Qtd. 44 - Via 45 - Tec. 46 - % Red.Acresc. 47 - Valor Unitário - R\$ 48 - Valor Total - R\$
<b>Identificação do(s) Profissionais Executante(s)</b>					
49 - Ref.	50 - Grau Part.	51 - Código na Operadora / CPF	52 - Nome do Profissional	53 - Conselho do Profissional	54 - Número do Conselho
57 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 58 - Assinatura do beneficiário ou Responsável					
59 - Observação					
60 - Total Procedimentos (R\$)					
61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		62 - Total Materiais (R\$)		63 - Total de OPME (R\$)	
		64 - Total Medicamentos (R\$)		65 - Total Gases Medicinais (R\$)	
67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização					
				66 - Total Geral (R\$)	
68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
69 - Data e Assinatura do Prestador Executante					