

1 - Seguro AUS 344885		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia atribuído pela Operadora																
Dados do Beneficiário				8 - Número da Carteira 08650001866044005		9 - Validade da Carteira 31/12/2028		10 - Nome BORIS DIMITRI DE SIQUEIRA FILHO		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a R#														
Dados do Solicitante				13 - Código na Operadora 110091080		14 - Nome do Contratado GOT GRUPO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																				
15 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 14616		18 - UF 26		19 - Código CBO S 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante														
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				21 - Cartão Atendimento		22 - Data/hora da Solicitação		23 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) LUMBALGIA																		
24 - Tabela				25 - Código do Procedimento		26 - Descrição Acupuntura de Coluna lombar		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNES														
Dados do Contratado Executante				29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado																				
Dados do Atendimento				32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																
36 - Indicação Clínica																										
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																										
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\$				
Identificação do(s) Profissional(s) Executante(s)																										
49 - Ref.		50 - Grau Part.		51 - Código na Operadora / CPF		52 - Nome do Profissional		53 - Conselho do Profissional		54 - Número do Conselho		55 - UF		56 - Código CBO												
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 Médicinas (R\$)		66 - Total Geral (R\$)														
67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização													68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Data e Assinatura do Prestador Executante											