| nimed | | | | | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT | | | | | | | 2 - Nº Guia no Prestador: 00221223083023989014 | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---|---|----------------|-----------------------|-----------------|----------------|-------------------------|--------------------|---|--------------------|----------------------|-------------------|-----------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 344885 | 3 - Número | da Guia Principal | | | • | DIA GITT | 001100 E 12 | | i iono | • | | | | | | | |
| | - Senha | | 6 - Data de Valida | ade da Senha | 7 - Número da Guia At | ribuido pela (| Operadora | _ | | | | | | | | | |
| 22/12/2023 173770029 21/01/2024 | | auo uu oomu | 80869936 | a. pola | operadora . | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - Número da Carteira 00347912104406001 | | 9 - Validade da Carteira | 89 - Nome Social | | | | | | | | | | | | | 12-Atendimento a RN N | |
| 10 - Nome Edjane Rapozo De Mel | o Macedo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 - Código na Operadora 35470 14 - Nome do Contratado Tercio Souto Bacelar CHA MORBITAL HAMED BEGIFF | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante Tercio Souto Bacelar | | | | 16 - Conselho Profissional 17 - Numero no Conselho CRM 3547 | | | | 18 - UF | | | | ssional Solicitante | | | | | |
| Dados da Solicitação / Pro | cedimento c | ou Itens Assistenciais S | olicitados | | CITIVI | | 3547 | | <u> </u> | 223223 | | | | | | | |
| 21 - Caráter do Atendimento 1 | 22 - Data da 9 22/12/202 | | | | | _ | | | | | | | | | 90 - Indicad | dor Cobertura Especial | |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qtde. Solic. 28 - Qtde. Aut. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01- 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03- 00 | | | | | | AS SENSU | JRA XPRO PARA | COLO E ILE | <u>OSTOMIA</u> | 10035 | | | | | _ | 10 10 | |
| 04- 00 05- 00 | | 00266477 00266469 | | | 2.0 MM 12030 A DE PELE 50 ML 1 | 12020 | | | | | | | | | _ | 10 10 1 1 | |
| Dados do Contratado Exe | cutante | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 - Código na Operadora 180097312 | | 30 - Nome do Contratado Hosp Rol | | | | | | | | | | | | | | 11 - Código CNES 9351302 | |
| Dados do Atendimento | , | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação (| de Acidente (acidente ou doe | ença relacionada) | 34 - Tipo de Co | nsulta 35 - Motivo d | e Encerrame | ento do Atendimento | 91 - Regime Ate | endimento | 92 - Saúde Ocupacion | nal | | | | | | |
| Dados da Execução / Prod | edimentos e | Exames Realizados | | | | | | | | | | | | | | | |
| II | ra Inicial 3 | 8 - Hora Final 39 - Tabela | 40 - Cód. Proced. | 41 - Descrição | | | | | | | 42 - Qt | de. 43 - Via | 44 - Téc 45 - Fato | r Red./Acres. 46 - 1 | Valor Unitário (R | \$) 47 - Valor Total (R\$) | |
| 01- | a | | <u> </u> | l | | | | | | | | | | | | | |
| 02- | a _ a | | <u>ا ا</u> ا ا |] | | | | | | | <u> </u> | | | | | | |
| 04- | a | | í <u> </u> | <u> </u> | | | | | | | | | | | | | |
| 05- | a | |] [|] | | | | | | | | | | | | | |
| Identificação do(s) Profiss | ional(is) Exe | cutante(s) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 - Seq. Ref. 49 - Grau Par | . 50 - Código | na operadora/CPF | 51 | 1 - Nome do Profiss | sional | | | | | 52 - Conselho Profissio | onal 53 - Núr | mero do Conse | ho | 54 | - UF 55 - C | ódigo CBO | |
| | <u> </u> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <u> </u> | | | | | | | | | | | | | | _ | <u>-</u> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 - Data de Realização d | e Procedimento | - | atura do Beneficiário | ou Responsável | | | | | | | | | | | | | |
| 2- | | 3- 4- | | | | 5- 6- | | | | 7- 8- | | | 9- 10- | | | | |
| 58 - Observação / Justificativa AUTORIZADO Bolsas co | | 10 uni - Placas cod.: 10 | 0035¿ 10 uni - A | nel moldável co | od.: 12030 ¿ 10 uni - | Spray bra | ava cod.: 12020 ¿ 0 | 1 uni DISPON | IVEL NA FA | ARMACIA DO HUF | R 1 | | | | | | |
| 59 - Total de Procedimentos/k | 1 to Jotal | de Taxas e Aluguéis(R\$) | 61 - Total de Mate | riais(R\$) | 62 - Total de OPME(R\$) | | 63 - Total de Medicam | entos(R\$) 64 | - Total de Gas | ses Medicinais(R\$) | 65 - Total Geral (| R\$) | 1 | | | | |
| 66 - Assinatura do Responsavo | ed I pela Autoriza | ção | | 67 - A | ssinatura do Beneficiário | o ou Respons | sável | | | <u></u> <u>_</u> | 68 - Assinatura | co Contratado | | | | | |
| I KEU | 17 21 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |

PORTEROR