

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data da Autorização 19/09/2024	5 - Senha 178955912	6 - Data de Validade da Senha 19/10/2024	7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora 89131998
---------------------------------------	------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00343305001267006	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RU N
---	--------------------------	------------------	----------------------------

10 - Nome Jose Cristovao Urbano Da Silva Filho
---

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 171576	14 - Nome do Contratado Benhur Rosendo Gomes De Lima
------------------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Benhur Rosendo Gomes De Lima	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 17157	18 - UF PE	19 - Código CBO 225285	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 19/09/2024	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador Cobertura Especial
---------------------------------	--	------------------------	-----------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
01- 22	31206034	Biópsia peniana	1	1
02- 22	41301285	Peniscopia (inclui bolsa escrotal)	1	1
03- 981	81015895	Biopsia Peniana	1	1
04- 981	81016107	PACOTE PENIOSCOPIA	1	1
05-				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Cont	31 - Código CNES 99999999
--------------------------	-------------------	------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime Atendimento	37 - Saúde Ocupacional
--------------------------	---	-----------------------	--	-------------------------	------------------------

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data	39 - Hora Inicial	40 - Hora Final	41 - Tabela	42 - Descrição	43 - Qtd.	44 - Via	45 - Tec	46 - Fator Red./Acrec.	47 - Valor Unitário (R\$)	48 - Valor Total (R\$)
01-										
02-										
03-										
04-										
05-										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

49 - Seq. Ref.	50 - Grau Part.	51 - Código na operadora/CPF	52 - Nome do Profissional	53 - Conselho Profissional	54 - Número do Conselho	55 - UF	56 - Código CBO
----------------	-----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

56 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos em Série	60 - Total de Taxas e Aluguéis(R\$)	61 - Total de Materiais(R\$)	62 - Total de OPME(R\$)	63 - Total de Medicamentos(R\$)	64 - Total de Gases Medicinais(R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

