



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador: 00211222042702097370

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

4 - Data da Autorização 21/12/2022	5 - Senha 167091138	6 - Data de Validade da Senha 20/01/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 70657292
---------------------------------------	------------------------	---	---

## Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00342230002508006	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN N
---	--------------------------	------------------	--------------------------

10 - Nome Elizio Jose De Oliveira
--------------------------------------

## Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 205632	14 - Nome do Contratado Carolina Falcao Lessa
------------------------------------	--

15 - Nome do Profissional Solicitante Carolina Falcao Lessa	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 20563	18 - UF PE	19 - Código CBO 225265	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

## Dados da Solicitação / Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 21/12/2022	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador Cobertura Especial
----------------------------------	--	------------------------	-----------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
01- 22	30306027	Facetomia com lente intra-ocular com facoemulsificação	1	1
02- 98	81011946	Pct Facetomia P Facoemulsificacao exceto lente intra ocular	1	1
03-				
04-				
05-				

## Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 180091659	30 - Nome do Contratado Ofthalmax Hospital De Olhos Ltda.	31 - Código CNES 3730425
---------------------------------------	--	-----------------------------

## 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	91 - Regime Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------	---	-----------------------	--	-------------------------	------------------------

## Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc	45 - Fator Red./Acre.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
01-		a									
02-		a									
03-		a									
04-		a									
05-		a									

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

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- 2-	3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

## 58 - Observação / Justificativa

AUTORIZADO AMBULATORIAL DE CURTA PERMANENCIA PARA OD \*-\*

59 - Total de Procedimentos Realizados (R\$)	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
---	--	-------------------------------