

4 - Data da Autorização

0 2 / 0 1 / 2 0 2 5

5-Senha

2 5 5 2 9 0 8

6 - Data de Validade da Senha

3 1 / 1 2 / 2 0 2 5

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2 0 5 0 0 2 9 7 5 7 7 7 0 1 4 0

9 - Validade da Carteira

89 - Nome Social

12 -Atendimento a RN

10 - Nome

BILLY JONES LEAL DOS SANTOS

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

3 3 7 1 1 9 4 8 5 0 0 6 0 8 7

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

MARCIO ANTONIO LUCAS MAURMO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho


3 7 9 6

18 - UF

D F

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante



Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

90 - Indicador de Cobertura Especial

24-Tabela

1- 2 2 2- 2 2 3- 4- 5-

25- Código do Procedimento ou Item Assistencial

4 0 3 0 2 0 4 0 4 0 3 0 2 7 5 0

26 - Descrição

GLICOSE - PESQUISA E/OU DOSAGEM  
PERFIL LIPÍDICO / LIPIDOGRAMA (LÍPIDIOS TOTAIS, COLESTEROL, TRIGLICERÍDIOS E ELETROFORESE LIPOPROTEÍNAS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM

27-Qtde. Solic.

1

28-Qtde. Aut.

1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento

4

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de atendimento

1

92 - Saúde Ocupacional

3

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-Tec.

45- Fator Red./Acresc.

46-Valor Unitário (R\$)

47-Valor Total (R\$)

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 no Conselho

54-UF

55-Código CBO

56-Data de Realização de Procedimentos em Série

57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58-Observação / Justificativa

GUIA PARA USO EXCLUSIVO DO PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL. Esta guia deve ser processada somente com o número do Cartão pré-impresso nesta (Campo 8). Prestadores com faturamento eletrônico devem lançar no Fature a senha impressa (Campo 5). Na ausência de prestadores credenciados na região, gentileza entrar em contato com a Unidade Cassi.

59 - Total de Procedimentos (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

USO EXCLUSIVO DO PCMSO - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

AGO/2023