4	•
₹	7

Gama GUIA DE S	ERVIÇO PROFISSIONAL / SE	EDVICO ALIVII IAD I	DE DIACNÓSTICO E TE	DADIA CD/CADT		
Saúde GUIA DE S	ENVIÇO PROFISSIONAL / SE	NVIÇO AUXILIAN I	DE DIAGNOSTICO E TE	.napia - 3P/3AD i	2-Nº	
1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal	(Paciente Internado)	4 - Data da Autorização	5 - Senha 6 - Data Validad	de da Senha 7 - Data de Emiss	,	
407011		1////			/   (0	1)407011(41)4
Dados do Beneficiário	lo Blone	10. Validada da Cautaira	lama	'	10. Número do Cortão Nacional d	la Caúda
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira 11 - I	Nome		12 - Número do Cartão Nacional d	le Saude
Dadas da Contestada Salisitanta		///				
Dados do Contratado Solicitante  13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado		15 - Código	CNES		
16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO S	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitado		Of Indiana a Offician (abrilant		and the second of the second o		
21 - Data/Hora da Solicitação	Caráter da Solicitação 23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigato	orio se pequena cirurgia, terapia, consulta refe	erenciada e aito custo)		
25 Tabala 26 Cádisa da Bracadimento	E-Eletiva U-Urgência/Emergência					20 Ot Calle 20 Ot Autoria
25 - Tabela 26 - Código do Procedimento	27 - Descrição					28-Qt.Solic. 29-Qt.Autoriz.
1,1		AR				
2-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			H-X()			
4-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
5-1						
Dados do Contratado Executante						
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado		32 - T.L. 33-34-35 - Logradouro - Número - C	Complemento 36 - Município	37 - UF 38 - Cód. IBGE	39 - CEP 40 - Código CNES
40a -Código na Operadora / CPF do Exec. Complementar	41 - Nome do Profissional Executante/Complementa	nr	42 - Conselho Profissional	43 - Número do Conselho	44 - UF 45 - Código CBO	S 45a - Grau de participação
Dados do Atendimento  46 - Tipo Atendimento		47 - Indicação de Acid	lente	48 - Tipo de Saída		
	3 - Terapias 04 - Consultas 05 - Exame 06 - Atendim 09 - Radioterapia 10 - TRS Terapia Renal Substitut	ento Domiciliar	doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2		2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - In	ternação 5 - Alta 6 - Óbito
Consulta Referência		,				
49 - Tipo de Doença 50 - Tempo de Doença						
A - Aguda C - Crônica     -   A - Anos M - Mes Procedimentos e Procedimentos em Série	ses D - Dias					
	Hora Final 54 - Tabela 55 - Código do Procedimen	to 56 - Descrição	57 - Qtde.	. 58 - Via 59 - Tec. 60% Red. / Acresc	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1-  / _ a _	<u>/</u>					
3-  /  /   a _						
4-  /  /				J		<u> </u>
5-l _/  a						
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série						
1-1//	3-	5-  /  /	_		9- / //	
2-  _ /  _	4-  /  /	6-  /  /	_		10-   /  / _	
64 - Observação						
65 - Total Procedimentos R\$ 66 - Total Taxas	e Aluguéis R\$ 67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamen	tos R\$ 69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gase	s Medicinais R\$ 71 - Tota	al Geral da Guia R\$
86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável	pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Re	esponsável 89	Data e Assinatura do Prestador Exe	cutante
Штитит				ll <sub>1</sub>	1 1/1 1 1/1 1 1	

