



1 - Registro ANS 422371		3 - Número da Guia Principal									
4 - Data da Autorização 29/02/2024	5 - Senha 141559	6 - Data de Validade da Senha 30/03/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 141559								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 100026900001916	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN N								
10 - Nome MATEUS FERRARI CADARCO											
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora 6 / 28820713000110		14 - Nome do Contratado HOSP VILA FORMOSA - HOSPITAL SAGRADA FAMILIA EIRELI									
15 - Nome do Profissional Solicitante ADRIANA APARECIDA PINHEIRO		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 85925								
18 - UF SP		19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante								
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento U	22 - Data da Solicitação 29/02/2024	23 - Indicação Clínica PRONTO SOCORRO									
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO								
27 - Qtde. Solic. 1		28 - Qtde. Aut. 1	Valor 178,54								
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora 6 / 28820713000110		30 - Nome do Contratado HOSP VILA FORMOSA - HOSPITAL SAGRADA FAMILIA EIRELI									
31 - Código CNES 9490604											
Dados do Atendimento											
32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento								
91 - Regime de atendimento 04		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 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1- / /	:	a :									
2- / /	:	a :									
3- / /	:	a :									
4- / /	:	a :									
5- / /	:	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 no Conselho		54 - UF	55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1- / /	3- / /	5- / /	7- / /	9- / /							
2- / /	4- / /	6- / /	8- / /	10- / /							
58 - Observação / *** OBS: Justificativa											
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\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado			