

1-Registro ANS 00	3-Nº da Guia de Solicitação de Internação 0235	4-Data da Autorização 04/11/2023	5-Senha 002	6-Data de Validade da Senha 04/11/2024	7-Nº da Guia Atribuído pela Operadora 001
----------------------	---	-------------------------------------	----------------	---	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00	9-Validade da Carteira 04/11/2024	10-Nome DENIZAR SENRA ROCHA	11-Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN N
----------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------

Dados do Contratado Executante

13-Código na Operadora 00	14-Nome do Contratado CLINICA TRIUNFO	15-Código CNES 00
------------------------------	--	----------------------

Dados da Internação

16-Caráter do Atendimento 2	17-Tipo de Faturamento 4	18-Data Início Faturamento 27/11/2023	19-Hora Início Faturamento 09:00	20-Data Fim Faturamento 2024-06-30	21-Hora Fim Faturamento 00:00	
22-Tipo de Internação 5	23-Regime de Internação 1	24-CID 10 Principal	25-CID 10 (2)	26-CID 10 (3)	27-CID 10 (4)	28-Indicação de Acidente 9
29-Motivo do Encerramento 12	30-Número da declaração de nascido vivo		31-CID 10 Óbito	32-Número da declaração de óbito		33-Indicador DO de RN

Procedimentos e Exames Realizados

	Data	Hora Inicial	Hora Final	Tabela	Código	Descrição	Qtde	Via	Téc	Fator	Valor Unitário	Valor Total
1	27/11/2023	00:00	00:00	00	00	DIARIA + MEDICACAO	240	1	1	1.00	R\$ 450,00	108000.00

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

Seq. Ref.	Grau Part.	Nome do Profissional	Cod. na Operadora/CPF	Conselho	Nº no Conselho	UF	Código CBO

54-Procedimentos (R\$) 108000.00	55-Diárias (R\$) 0.00	56-Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	57-Materiais (R\$) 0.00	58-OPME (R\$) 0.00	59-Medicamentos (R\$) 0.00	60-Gases Medicinais (R\$) 0.00	61-Total Geral (R\$) 108000.00
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

62- Data da Assinatura do Contratado	63- Assinatura do Contratado	64-Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
--------------------------------------	------------------------------	--

65-Observações
