

1 - Registro ANS ANS - N.º35.258-6	3 - Nr.Guia Principal	4 - Data da Autorização 28/04/2025	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha 28/05/2025	7 - Nr.Guia Autorizado pela Operadora 85541
--	-----------------------	--	-----------	---	---

Dados do Beneficiário

8 - Nr.Carteira 847-007677/00	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JAQUELINE ALVES DE OLIVEIRA	11 - Nr.Cartão Nacional de Saúde 702906516688977	12 - Atendimento a RN
---	--------------------------	---	--	-----------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	14 - Nome do Contratado
-----------------------------------	-------------------------

15 - Nome Profissional Solicitante DANIELA DANTAS DE OLIVEIRA	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Numero do Conselho 168043	18 - UF	19 - Código CBOS	20 - Assinatura Profissional Solicitante
---	--	--	---------	------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carater do Atendimento E	22 - Data/Hora Solicitud	23 - Indicacao Clínica (Obrigatorio se pequena cirurgia, terapia, consulta de referencia e alto custo)			
24 - Tabela 1 - 90	25 - Código Procedimento 40.30.692-5	26 - Descrição HELICOBACTER PYLORI - IGM -28.06.218-3	27 - Qtd.Solic 01	28 - Qtd.Autor 01	
	2 - 90	40.30.254-7	TRIGLICERIDEOS -28.01.139-2	01	01

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora CR04-01731	30 - Nome do Contratado EXAME BRASIL LAB ANALISES CLIN. LTDA	31 - Código CNES 0721514
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicacao de Acidente	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo Encerramento do Atendimento	OBS 1 : AVENIDA ÍNDICO,373-JARDIM DO MAR-SAO BERNARDO-(11) 4902-0202
				OBS 2 : AUTORIZADO PEDIDO COPIA/DEMAIS AUTORIZADOS

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec	45 - %Red/Acresc	46 - Valor Unitário R\$	47 - Valor Total R\$

Indicação do(s) profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Cod.Operadora/CPF	51 - Nome Profissional	52 - Cons.Prof	53 - Nr.Conselho	54 - UF	55 - Cód.CBO

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

58 - Observação

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Alugueis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral da Guia R\$
-----------------------------	---------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------------------------	------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	28/04/2025- LAIS - 11:55:37
			Protocolo : 35258620250428466606