

1-Registro ANS 350346	3-No. Guia Principal	4-Data de Autorização	5-Senha 0	6-Data Validade da Senha	7-Número da Guia Atribuído pela Operadora 4981508
--------------------------	----------------------	-----------------------	--------------	--------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 318 7156000197007	9-Validade da Carteira 01/05/2020	10-Nome NEUZA MARIA DE SOUZA DUQUEVIZ	11-Número Cartão Nac Saúde 708906766708818	12-Atendimento a RN NAO
---	--------------------------------------	--	---	----------------------------

Dados do Solicitante

13-Código na Operadora 51452	14-Nome do Contratado JOIZEANNE PEDROSO PIRES CHAVES
---------------------------------	---

15-Nome do Profissional Solicitante JOIZEANNE PEDROSO PIRES CHAVES	16-Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina	17-Número no Conselho 5145	18-UF MT	19-Código CBO S 225255	20-Assinatura do Profissional
---	---	-------------------------------	-------------	---------------------------	-------------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21-Caráter da Solicitação 1 1-Eletiva 2-Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação 09/01/19 19:10	23-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) NÓDULO AS 12H NA MAMA ESQUERDA
--	---	--

24-Tabela 22	25-Código do Procedimento 40808041	26-Descrição Mamografia digital bilateral (com diretriz definida pela ANS - nº 52)	27-Qt. Solicitada 1	28-Qt. Autorizada	Status
-----------------	---------------------------------------	---	------------------------	-------------------	--------

Dados do Contratado Executante

29-Cód. Operadora	30-Nome do Contratado	31-CNES
-------------------	-----------------------	---------

Dados do Atendimento

32-Tipo Atendimento EXAMES	33-Indicação de Acidente Outros	34-Tipo de Consulta	35-Motivo Encerramento
-------------------------------	------------------------------------	---------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr Inicial	38-Hr Final	39-Tabela	40-Cód Proced.	41-Descrição	42-Qtde	43-Via	44-Tec.	45-%Red/Ac	46-Vlr. Unit.	47-Valor Total	Status	Biometria
---------	---------------	-------------	-----------	----------------	--------------	---------	--------	---------	------------	---------------	----------------	--------	-----------

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

48-Seq.Ref	49-Gr.Part.	50-Código na Operador/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof.	53-Número Conselho	54-UF	55-Cód. CBO
------------	-------------	---------------------------	-------------------------	-------------------	--------------------	-------	-------------

56-Data e Assinatura de Realização de Procedimentos em Série

1- _____	3- _____	5- _____	7- _____	9- _____
2- _____	4- _____	6- _____	8- _____	10- _____

58-Observação / Justificativa

59-Total Procedimentos R\$ 0,00	60-Total Taxas e Aluguéis RS 0,00	61-Total Materiais R\$ 0,00	62-Total de OPME R\$ 0,00	63-Total de Medicamentos R\$ 0,00	64-Total Gases Medicinais R\$ 0,00	65-Total Geral da Guia R\$ 0,00
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

66-Assinatura do Responsável pela Autorização	67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68-Assinatura do Contratado
---	--	-----------------------------