

1 - Registro ANS 321273		3 - N° Guia Principal		6 - Data Validade da Senha 18/09/2024		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora Não informada		11 - Cartão Nacional de Saúde Dr. Adriano M. Santos		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 18/09/2024		10 - Nome Gabriel Michel Scalco		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Solicitante [Assinatura]	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0976700175565027		13 - Código na Operadora 78665361000144		14 - Nome do Contratado Instituto de Ortopedia E Traumatologia		15 - Nome do Profissional Solicitante Adriano Mauricio Santos		16 - Conselho Profissional 06	
Dados do Solicitante		18 - Nome do Contratado Instituto de Ortopedia E Traumatologia		19 - Nome no Conselho 11074		21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica FRATURA ARTICULAR DO 2 QDO	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitado		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição Fisioterapia - Mão Direita		27 - Qtda. Sess.		28 - Qtda. Aut.	
1								10		10	
2											
3											
4											
5											
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNEB					
Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo da Encerramento do Atendimento			
1											
2											
3											
4											
5											
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
1											
2											
3											
4											
5											
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)		42 - Cx. Ref.		43 - Cx. Prof.		44 - Código na Operadora/CPF		45 - Nome do Profissional		46 - Valor Unitário (R\$)	
										47 - Valor Total (R\$)	
53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa CID: S626 - Frnt ao nível do punho e da mão - Frnt de outr dedos		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Ausúlio (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)	
1											
2											
3											
4											
5											
62 - Total Medicamentos (R\$)		63 - Assinatura do Contratado		64 - Total Gases Medicinais RS		65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Contratado	