

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data da Autorização 08/10/2024		5 - Senha 21806		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21806																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 2326266		9 - Validade da Carteira 30/10/2024		10 - Nome DHIOVANA DE VITO MARTINS		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N															
Dados do Solicitante																							
13 - Código na Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO																					
15 - Nome do Profissional Solicitante IGOR LEAL CLEMENTE LEMES				16 - Conselho Profissional 6		17 -Número no Conselho 45983		18 -UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados																							
21-Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 08/10/2024		23 - Indicação Clínica																			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.																							
Dados do Contratado Executante																							
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO												31 - Código CNES 15563									
Dados do Atendimento																							
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9				34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento															
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																							
36-Data		37-Hora Inicial		38-Hora Final		39-Tabela		40-Procedimento		41-Descrição		42 - Qtde		43-Via		44-Tec		45- Fator Red./Acresc		46-Valor Unitário (R\$)		47-Valor Total (R\$)	
1 08/10/2024		16:04:00		16:04:00		22		40802027		RX - Coluna cervical - 5 incidencias		001				1.00				99.17		99.17	
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 Beneficiario ou Responsável																							
1- / /		2- / /		3- / /		4- / /		5- / /		6- / /		7- / /		8- / /		9- / /		10- / /					
58 - Observações / Justificativa																							
59 - Total Procedimentos (R\$) 99.17		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 99.17											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						68 - Assinatura do Contratado											

