

1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal
18644

4 - Data da Autorização 14/06/2024 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 14/06/2024 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18644

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 7516223 9 - Validade da Carteira 28/06/2024 10 - Nome Mylene Santana Macedo 11 - Cartão Nacional de Saúde 701407609088233 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 07952030124 14 - Nome do Contratado Zuniesky Hernandez Delgado

15 - Nome do Profissional Solicitante Zuniesky Hernandez Delgado 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 35957 18 - UF SC 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 14/06/2024 23 - Indicação Clínica FRATURA DE OUTROS DEDOS

Table with 5 rows and 4 columns: 24 - Tabela, 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial, 26 - Descrição, 27 - Qtde.Solic., 28 - Qtde.Aut.

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 08325231000349 30 - Nome do Contratado Hospital Infantil Pequeno Anjo 31 - Código CNES 2744937

Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento 11 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Table with 5 rows and 11 columns: 36 - Data, 37 - Hora inicial a 38 - Hora final, 39 - Tabela, 40 - Código do Procedimento, 41 - Descrição, 42 - Qtde., 43 - Via, 44 - Tec., 45 - Fator Red./Acresc., 46 - Valor Unitário (R\$), 47 - Valor Total (R\$)

Table with 5 rows and 6 columns: 48 - Seq.Ref., 49 - Gr.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 Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 90,00 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00 61 - Total Materiais (R\$) 0,00 62 - Total de OPME (R\$) 0,00 63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00 65 - Total Geral (R\$) 90,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 20/06/2024 68 - Assinatura do Contratado 20/06/2024

1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal
18644

4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
14/06/2024 14/06/2024 18644

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN
7516223 28/06/2024 Mylene Santana Macedo 701407609088233 N

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado
07952030124 Zuniesky Hernandez Delgado

15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Zuniesky Hernandez Delgado 6 35957 SC

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica
2 14/06/2024 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Table with 5 rows and 5 columns: 24 - Tabela, 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial, 26 - Descrição, 27 - Qtde.Solic., 28 - Qtde.Aut.

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES
08325231000349 Hospital Infantil Pequeno Anjo 2744937

Dados do atendimento
32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
9 1

Table with 5 rows and 11 columns: 36 - Data, 37 - Hora inicial a, 38 - Hora final, 39 - Tabela, 40 - Código do Procedimento, 41 - Descrição, 42 - Qtde., 43 - Via, 44 - Tec., 45 - Fator Red./Acresc., 46 - Valor Unitário (R\$), 47 - Valor Total (R\$)

Table with 5 rows and 6 columns: 48 - Seq.Ref., 49 - Gr.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 Beneficiário ou Responsável
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais R\$ 65 - Total Geral (R\$)
43,05 45,00 9,05 0,00 2,95 0,00 100,05
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado
20/06/2024 20/06/2024