

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data da Autorização 19/12/2024	5 - Senha 23917	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23917

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3357112	9 - Validade da Carteira 30/12/2024	10 - Nome LUCAS AVELAR JULA	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 MILENE MELLER	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 11069	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 11/12/2024	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 11/12/2024	12:45:00	12:45:00	22	40801098	RX - Ossos da face	001			1.00	78.32	78.32

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 Beneficiário ou Responsável			
1- / /	3- / /	5- / /	7- / /	9- / /
2- / /	4- / /	6- / /	8- / /	10- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 78.32	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\$) 78.32
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

