

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

Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278676	9 - Validade da Carteira 30/11/2024	10 - Nome VALENTIN FRANCO DA SILVA	11 - Cartão Nacional de Saúde 898003219303155
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 CAMILA DENEKA ARANTES SOUZA	16 - Conselho Profissional 6	17 -Número no Conselho 26021	18 -UF 41
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21-Caráter Atendim. 1	22 - Data da Solicitação 19/11/2024	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 23	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	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	19/11/2024	08:47:09	08:47:09	22	40803090	RX - Cotovelo	001		1.00	73.28	73.28

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											
1-	/	/		3-	/	/		5-	/	/	
2-	/	/		4-	/	/		6-	/	/	

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										

58 - Observações / Justificativa										

59 - Total Procedimentos (R\$) 73.28	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\$) 73.28
--	--	---	---	---	---	--

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

