

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 29/05/2025	5 - Senha 28378	6 - Data Validade da Senha
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28378

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira 378027	9 - Validade da Carteira 08/12/2025	10 - Nome GAEL BENICIO ANTUNES IGNACIO	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 ANDRESSA CORTEZ BELLOTI RODANTE	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 55819	18 - UF 41	19 - Código CBO 225230	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 29/05/2025	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 15/05/2025	15:47:18	15:47:18	22	40801098	RX - Ossos da face	001			1.00	84.42	84.42
2 15/05/2025	15:47:18	15:47:18	22	40801110	RX - Articulacao temporomandibular - bilateral	002			1.00	84.42	168.84

**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- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 253.26	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 173.44	61 - Total Materiais (R\$) 1601.19	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 5.95	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 2033.84
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		

