

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 09/05/2025	5 - Senha 28162	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28162

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2781675	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome SARA RAMOS DE OLIVEIRA	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 MARIA JOSE SILVA DA ROCHA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 45714	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 09/05/2025	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 09/05/2025	15:32:00	15:32:00	22	40802078	RX - Sacro-coccix	001			1.00	79.92	79.92

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 79.92	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\$) 79.92
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		

