

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																									
4 - Data da Autorização 04/11/2024		5 - Senha 22794		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24080																					
Dados do Beneficiário																											
8 - Número da Carteira 378699		9 - Validade da Carteira 31/12/2024		10 - Nome AMANDA RODRIGUES COSTA QUEIROZ		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 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO				16 - Conselho Profissional 6		17 -Número no Conselho 26551		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 04/11/2024		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 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 04/11/2024		12:04:00		12:04:00		22		40804097		RX - Pe ou pododactilo		001				1.00				69.96		69.96					
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													
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																											
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série														57 - Assinatura do Beneficiario ou Responsável													
1- / /		2- / /		3- / /		4- / /		5- / /		6- / /		7- / /		8- / /		9- / /		10- / /									
58 - Observações / Justificativa																											
59 - Total Procedimentos (R\$) 69.96		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\$) 69.96															
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						68 - Assinatura do Contratado															

