

1 - Registro ANS <b>ANS - N.º35.258-6</b>	3 - Nr.Guia Principal	4 - Data da Autorização <b>18/07/2024</b>	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha <b>17/08/2024</b>	7 - Nr.Guia Autorizado pela Operadora
--	-----------------------	--	-----------	---	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8 - Nr.Cartela	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Wr.CalçãoNacionaldeSaGde	12 - AmndmenoRN
----------------	--------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------

Dados do Solicitante

ta - cóaigo na operaora/cxPu/cPr	44 - f4ome ao Contratacio				
45 - f4ome Proflecionl Solicitante	4G - Concelho Profiteional <b>CRM</b>	47 - t4umero do Ooneelfio <b>204979</b>	18 - UF	19 - Código CBOS	20 - Acalnatura Proflecionl Solicitante

Dadoe da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carater do Atendimento <b>E</b>	22 - Data/Hora Solicitação	23 - Indicacao Clinica (Obrigatorio se pequena cirurgia, terapia, consulta de referencia e alto custo)		
24 - Tabela <b>1 - 90</b>	25 - Código Procedimento <b>40.31.121-0</b>	26 - Descrição <b>ROTINA DE URINA (CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTOSCOPIA) -28.13.036-7</b>	27 - Qtd.Solic <b>01</b>	28 - Qtd.Autor <b>01</b>
<b>2 - 90</b>	<b>40.31.021-3</b>	<b>CULTURA, URINA COM CONTAGEM DE COLONIAS -28.10.054-9</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento <b>05</b>	33 - Indicscao cie Acidente	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo Encerramento cio Atendimento
------------------------------------	-----------------------------	-----------------------	--

OBS 1 : I  
OBS 2 :

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - otac	4a - Yia	44 - rec is - %seaiAcresc	as - vsior uniiirio Rs	47 - Valor Total R\$

Indicação do(s) profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Nat	49 - Grau Part.	50 - Cod.Operadora/CPP	51 - Nome Profissional	52 - Cons.Prof	53 - f4r.Conselho	54 - ur	55 - Cód.CBO

56 - Data Realização Procedimento em Serie	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsavel
1    _____    3    _____    5    _____    7    _____    9    _____	
2    _____    4    _____    6    _____    8    _____    10    _____	

- Observa ão

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Taa0PMERt	63 - Total Medicamentos R\$	64 - ToB1GaaealMedcnaiaR4	65 - Totai cerai da cuia Rs
-----------------------------	---------------------------------	--------------------------	----------------	-----------------------------	---------------------------	-----------------------------

66 - Assinatura do Responsavel pela Autorização	B7 - Assinatura do Beneficiário ou Responsavel	88 - Assinatura do Contratado	<b>23/07/2024 - VERONICA - 09:27:53</b> Protocolo : 35258620240718151005
---	--	-------------------------------	---