

2- Nº Guia no Prestador

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 1 - Registro ANS<br>42263-1                               |  | 3 - Número Guia Principal                                   |  |
| 4 - Data da Autorização                                   |  | 5 - Senha   |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                             |  | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora                 |  |
| Dados do Beneficiário                                     |  |   |  |
| 8 - Número da Carteira                                    |  | 9 - Validade da Carteira                                    |  |
| 10 - Nome   |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                               |  |
| 12 - Atendimento a RN                                     |  |   |  |
| Dados do Solicitante                                      |  |   |  |
| 13 - Código na Operadora                                  |  | 14 - Nome do Contratado                                     |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                     |  | 16 - Conselho Profissional                                  |  |
| 17 - Número no Conselho                                   |  | 18 - UF   |  |
| 19 - Código CBO   |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                 |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados |  |   |  |
| 21 - Caráter do Atendimento                               |  | 22 - Data da Solicitação                                    |  |
| 23 - Indicação Clínica                                    |  |   |  |
| 24 - Tabela   |  | 25 - Código do Procedimento                                 |  |
| 26 - Descrição  |  | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                           |  |
| 1- I  |  |   |  |
| 2- I  |  |   |  |
| 3- I  |  |   |  |
| 4- I  |  |   |  |
| 5- I  |  |   |  |
| Dados do Contratado Executante                            |  |   |  |
| 29 - Código na Operadora                                  |  | 30 - Nome do Contratado                                     |  |
| 71.291.926/0001-21  |  | SANTACOOBPH   |  |
| 31 - Código CNES.   |  | 3433420   |  |
| Dados do Atendimento                                      |  |   |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                     |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |  |
| 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 - Código do Procedimento                               |  | 41 - Descrição  |  |
| 42 - Qtde.  |  | 43-Via  |  |
| 44-Tec.   |  | 45-Fator Red./Acresc.                                       |  |
| 46 - Valor Unitário - R\$                                 |  | 47 - Valor Total - R\$                                      |  |
| 1- I  |  |   |  |
| 2- I  |  |   |  |
| 3- I  |  |   |  |
| 4- I  |  |   |  |
| 5- I  |  |   |  |
| Identificação do(s) Profissional (s) 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 Procedimento em Série           |  | 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável               |  |
| 1- I  |  |   |  |
| 2- I  |  |   |  |
| 3- I  |  |   |  |
| 4- I  |  |   |  |
| 5- I  |  |   |  |
| 6- I  |  |   |  |
| 7- I  |  |   |  |
| 8- I  |  |   |  |
| 9- I  |  |   |  |
| 10- I   |  |   |  |
| 58 - Observação / Justificativa                           |  |   |  |
|   |  |   |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                            |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                           |  |
| 61 - Total Materiais (R\$)                                |  | 62 - Total OPME (R\$)                                       |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                          |  | 64 - Total Gases Medicinais (R\$)                           |  |
| 65 - Total Geral (R\$)                                    |  |   |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização           |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                             |  |   |  |