



Assinado Eletronicamente por: Dra. Luciana Gonzaga dos Santos - CPF: 29870195000102  
Data: 01/02/2021 08:42  
Motivo: Guia de Exame  
Local: SEDE (SÃO PAULO) - SP

1 - Registro ANS <b>ANS-nº.30362-3</b>		3 - Nº Guia Principal 103882723		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia													
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira <b>660750-00</b>				9 - Plano <b>49 - Amb. + Hosp. s/ Obstetr</b>		10 - Validade da Carteira		11 - Nome LUCINEY CAPRIOTTI SARTORIO		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde													
Dados do Contratado Solicitante																							
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>62638374000194</b>				14 - Nome do Contratado <b>CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO - SEDI</b>						15 - Código CNES													
16 - Nome do Profissional Solicitante <b>LUCIANA GONZAGA DOS SANTOS</b>						17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho <b>182464</b>		19 - UF <b>SP</b>													
								20 - Código CBO S <b>22517</b>															
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																							
21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> [E]-Eletiva [U]-Urgência/Emergência		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)																	
25 - Tabela		26 - Código Procediment		27 - Descrição						28 - Qtde Solicit		29 - Qtde Aut											
1 - 16		40310213		Cultura, urina com contagem de colônia						1		0											
2 - 16		40310418		Antibiograma (teste de sensibilidade e antibióticos e quimi						1		0											
3 - 16		40311210		Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e :						1		0											
4 -																							
5 -																							
Dados do Contratado Executante																							
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - T.L.		33-34-35-Logradouro - Número - Complemento		36 - Município		37 - UF		38 - Cód. IBGE		39 - CEP		40 - Código CNES							
40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar.		41 - Nome do Profissional Executante / Complementar				42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF		45 - Código CBO S		45a - Grau de Participação									
Dados do Atendimento																							
46 - Tipo Atendimento		[01] - Remoção [02] - Pequena Cirurgia [03] - Terapias [04] - Consulta		[05] - Exame [06] - Atendimento Domiciliar [07] - SADT Internado [08] - Quimioterapia		[09] - Radioterapia [10] - TRS-Terapia Renal Substitutiva		47 - Indicação de Acidente		[0] - Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho [1] - Trânsito [2] - Outros		48 - Tipo de Saída		[1] - Retorno [2] - Retorno SADT [3] - Referência [4] - Internação		[5] - Alta [6] - Óbito							
Consulta Referência																							
49 - Tipo de Doença		[A] - Aguda [C] - Crônica		50 - Tempo de Doença		[A] - Anos [M] - Meses		[D] - Dias															
Procedimentos e Exames realizados																							
51 - Data		52 - Hora Inicial		53 - Hora Final		54 - Tabela		55-Código do Procedimento		56 - Descrição		57 - Qtde		58 - Via		59 - Tec		60 - % Red. / Acrésc.		61 - Valor Unitário - R\$		62 - Valor Total - R\$	
1 -																							
2 -																							
3 -																							
4 -																							
5 -																							
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série																							
1 - ____/____/____				3 - ____/____/____				5 - ____/____/____				7 - ____/____/____				9 - ____/____/____				10 - ____/____/____			
64 - Observação																							
56 Anos -																							
65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Taxas e Aluguéis R\$		67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medicamentos R\$		69 - Total Diárias R\$		70 - Total Gases Medicinais R\$		71 - Total Geral da Guia R\$											
86 - Data e Assinatura do Solicitante				87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				89 - Data e Assinatura do Prestador Executante											