


**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2-Nº 117358085**

Assinado Digitalmente por: Dr. Murilo Humberto C Carneiro de Camargo - CPF: 10575498000174  
 Data: 12/02/2021 08:37  
 Motivo: Guia de Exame  
 Local: SEDE (SÃO PAULO) - SP

1 - Registro ANS ANS-nº 30362-3	3 - Nº Guia Principal 103903323	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia 12/02/2021						
<b>Dados do Beneficiário</b>											
8 - Número da Carteira <b>660750-00</b>	9 - Plano <b>49 - Amb. + Hosp. s/ Obstetr</b>	10 - Validade da Carteira	11 - Nome <b>LUCINEY CAPRIOTTI SARTORIO</b>	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde							
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>											
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>62638374000194</b>	14 - Nome do Contratado <b>CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO - SEDF</b>				15 - Código CNES						
16 - Nome do Profissional Solicitante <b>MURILo HUMBERTO C CARNEIRO DE CAMARGC</b>	17 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	18 - Número no Conselho <b>135644</b>	19 - UF <b>SP</b>	20 - Código CBO S <b>22528</b>							
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>											
21 - Data/Hora da Solicitação 12/02/2021 08:36	22 - Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> [E]-Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> [U]-Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)								
25 - Tabela 1 - 16 40310213 2 - 16 40310418 3 - 16 40311210 4 - 16 40301621 5 - 16 40304361	26 - Código Procedimento [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	27 - Descrição Cultura, urina com contagem de colônias Antibiograma (teste de sensibilidade e antibióticos e quimi Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e c Creatina - pesquisa e/ou dosager Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrogram	28 - Qtde Solicit	29 - Qtde Aut							
			1	0							
			1	0							
			1	0							
			1	0							
			1	0							
<b>Dados do Contratado Executante</b>											
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					
<b>Dados do Atendimento</b>											
46 - Tipo Atendimento 1 - 2 - 3 - 4 - 5 -	[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							
<b>Consulta Referência</b>											
49 - Tipo de Doença [A] - Aguda [C] - Crônica	50 - Tempo de Doença [A] - Anos [M] - Meses	[D] - Dias									
<b>Procedimentos e Exames realizados</b>											
51 - Data 1 - 2 - 3 - 4 - 5 -	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\$
<b>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</b>											
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____	9 - ____/____/____							
				10 - ____/____/____							
<b>64 - Observação</b>											
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\$					
<b>86 - Data e Assinatura do Solicitante</b>			<b>87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</b>			<b>88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>	<b>89 - Data e Assinatura do Prestador Executante</b>				


**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2-Nº 117358086**

Assinado Digitalmente por: Dr. Murilo Humberto C Carneiro de Camargo - CPF: 10575498000174

Data: 12/02/2021 08:37

Motivo: Guia de Exame

Local: SEDE (SÃO PAULO) - SP

1 - Registro ANS  
ANS-nº 30362-3

3 - Nº Guia Principal  
103903323

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia  
12/02/2021

**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 <b>LUCINEY CAPRIOTTI SARTORIO</b>	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 - SEDF</b>	15 - Código CNES
--	--	------------------

16 - Nome do Profissional Solicitante <b>MURILo HUMBERTO C CARNEIRO DE CAMARGC</b>	17 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	18 - Número no Conselho <b>135644</b>	19 - UF <b>SP</b>	20 - Código CBO S <b>22528</b>
---	--	--	----------------------	-----------------------------------

21 - Data/Hora da Solicitação <b>12/02/2021 08:36</b>	22 - Caráter da Solicitação <input checked="" type="checkbox"/> [E]-Eletiva <input type="checkbox"/> [U]-Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
--	---	-------------	--

25 - Tabela 1 - 16 40308391	26 - Código Procedimento 2 - 3 - 4 - 5 -	27 - Descrição Proteína C reativa, quantitativa - pesquisa e/ou dosage	28 - Qtde Solicit 1	29 - Qtde Aut 0
--------------------------------	--	---	------------------------	--------------------

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
--	---	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------	----------------------------

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
--	--	--	--	---	---------------------------

49 - Tipo de Doença [A] - Aguda [C] - Crônica	50 - Tempo de Doença [A] - Anos [M] - Meses	[D] - Dias
---	---	------------

51 - Data 1 - 2 - 3 - 4 - 5 -	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\$
--	-------------------	-----------------	-------------	---------------------------	----------------	-----------	----------	----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____	9 - ____/____/____
--	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

64 - Observação 56 Anos -	10 - ____/____/____
------------------------------	---------------------

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
---------------------------------------	--	---	--


**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2-Nº 117358087**

Assinado Digitalmente por: Dr. Murilo Humberto C Carneiro de Camargo - CPF: 10575498000174  
 Data: 12/02/2021 08:37  
 Motivo: Guia de Exame  
 Local: SEDE (SÃO PAULO) - SP

1 - Registro ANS ANS-nº 30362-3	3 - Nº Guia Principal 103903323	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia 12/02/2021						
<b>Dados do Beneficiário</b>											
8 - Número da Carteira <b>660750-00</b>	9 - Plano <b>49 - Amb. + Hosp. s/ Obstetr</b>	10 - Validade da Carteira	11 - Nome <b>LUCINEY CAPRIOTTI SARTORIO</b>	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde							
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>											
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>62638374000194</b>	14 - Nome do Contratado <b>CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO - SEDF</b>				15 - Código CNES						
16 - Nome do Profissional Solicitante <b>MURILo HUMBERTO C CARNEIRO DE CAMARGC</b>	17 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	18 - Número no Conselho <b>135644</b>	19 - UF <b>SP</b>	20 - Código CBO S <b>22528</b>							
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>											
21 - Data/Hora da Solicitação 12/02/2021 08:36	22 - Caráter da Solicitação <input checked="" type="checkbox"/> [E]-Eletiva <input type="checkbox"/> [U]-Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)								
25 - Tabela 1 - 16      26 - Código Procedimento 40901769	27 - Descrição US - Aparelho urinário (rins, ureteres e bexiga)				28 - Qtde Solicit    29 - Qtde Aut 1                0						
<b>Dados do Contratado Executante</b>											
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					
<b>Dados do Atendimento</b>											
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						
<b>Consulta Referência</b>											
49 - Tipo de Doença [A] - Aguda [C] - Crônica	50 - Tempo de Doença [A] - Anos [M] - Meses	[D] - Dias									
<b>Procedimentos e Exames realizados</b>											
51 - Data 1 - 2 - 3 - 4 - 5 -	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\$
<b>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</b>											
1 - _____/_____/_____	3 - _____/_____/_____	5 - _____/_____/_____	7 - _____/_____/_____	9 - _____/_____/_____	10 - _____/_____/_____						
<b>64 - Observação</b>											
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						