



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				Dados do Contratado Solicitante							
8 - Número da Carteira 660750-00				9 - Plano 49 - Amb. + Hosp. s/ Obstetr		10 - Validade da Carteira		11 - Nome LUCINEY CAPRIOTTI SARTORIO		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 62638374000194				14 - Nome do Contratado CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO - SEDI				15 - Código CNES			
16 - Nome do Profissional Solicitante MURILO HUMBERTO C CARNEIRO DE CAMARGC						17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 135644		19 - UF SP	
								20 - Código CBO S 22528			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Data/Hora da Solicitação 12/02/2021 08:36		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 - 16		40301621		Creatina - pesquisa e/ou dosager				1		0	
5 - 16		40304361		Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrogran				1		0	
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		[01] - Retorno [02] - Retorno SADT [03] - Referência [04] - Internação	
								[01] - Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho [1] - Trânsito [2] - Outros		[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. / Acréc.	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			



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 660750-00				9 - Plano 49 - Amb. + Hosp. s/ Obstetr		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 62638374000194				14 - Nome do Contratado CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO - SEDI						15 - Código CNES	
16 - Nome do Profissional Solicitante MURILO HUMBERTO C CARNEIRO DE CAMARGC						17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 135644		19 - UF SP	
								20 - Código CBO S 22528			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Data/Hora da Solicitação 12/02/2021 08:36		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 1 - 16 2 - 3 - 4 - 5 -		26 - Código Procediment 40308391		27 - Descrição Proteína C reativa, quantitativa - pesquisa e/ou dosage						28 - Qtde Solicit 1	
										29 - Qtde Aut 0	
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 [A] - 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 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 - ____/____/____		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			



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 660750-00				9 - Plano 49 - Amb. + Hosp. s/ Obstetr		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 62638374000194				14 - Nome do Contratado CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO - SEDI						15 - Código CNES	
16 - Nome do Profissional Solicitante MURILO HUMBERTO C CARNEIRO DE CAMARGC						17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 135644		19 - UF SP	
								20 - Código CBO S 22528			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Data/Hora da Solicitação 12/02/2021 08:36		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 1 - 16 2 - 3 - 4 - 5 -		26 - Código Procediment 40901769		27 - Descrição US - Aparelho urinário (rins, ureteres e bexig						28 - Qtde Solicit 1	
										29 - Qtde Aut 0	
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 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 - ____/____/____		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			