

1 - Registro ANS ANS - Nº 41924-9		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5-Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído 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 ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica			
24-Tabela	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.
28-Qtde. Aut.			
1- _____	_____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES			
Dados do Atendimento			
32-Tipo de 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- _____	_____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____
Identificação do(s) Profissional(is) 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 Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1- _____	3- _____	5- _____	7- _____
2- _____	4- _____	6- _____	8- _____
9- _____	10- _____		
58-Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62- Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			