

1 - Registro ANS  
**419133**

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

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN

10 - Nome

**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

90 - Indicador de Cobertura Especial

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

91 - Regime de atendimento

92 - Saúde Ocupacional

**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- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 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