

1 - Registro ANS 3 6 6 2 3 4		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- _/_/___/____	_____	_____	a	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2- _/_/___/____	_____	_____	a	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3- _/_/___/____	_____	_____	a	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4- _/_/___/____	_____	_____	a	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5- _/_/___/____	_____	_____	a	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
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- _/_/___/____		9- _/_/___/____			
2- _/_/___/____		4- _/_/___/____		6- _/_/___/____		8- _/_/___/____		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 _____			