

Registro ANS				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								-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 Procedimen to				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 -												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																															