

1 - 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																					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																											
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															