

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

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 _____