

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
 ____/____/____

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	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO Profissional
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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\$)

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado
