

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - Registro ANS <b>371254</b>	3 - Número da Guia Principal
-----------------------------------	------------------------------

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido 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 e Exames 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. Aur.
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 (RS)	47 - Valor Total (RS)
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 (RS)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)	61 - Total de Materiais (RS)	62 - Total de OPME (RS)	63 - Total de Medicamentos (RS)	64 - Total de Gases Medicinais (RS)	65 - Total Geral (RS)
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	-------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------