

1 - Registro ANS 3 6 7 3 9 7	3 - Número da Guia Principal _____	2 - Nº Guia no Prestador _____
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 _____
---	--	---