

**1 - Registro ANS**      **3 - Número da Guia Principal**

ANS nº 32326-8      \_\_\_\_\_

**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**

\_\_\_\_\_

<b>59 - Total de Procedimentos (R\$)</b>	<b>60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</b>	<b>61 - Total de Materiais (R\$)</b>	<b>62- Total de OPME (R\$)</b>	<b>63 - Total de Medicamentos (R\$)</b>	<b>64 - Total de Gases Medicinais (R\$)</b>	<b>65 - Total Geral (R\$)</b>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_