

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. Solíc.	28- Qtde. Aut.
1-				
2-				
3-				
4-				

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-											
2-											
3-											
4-											

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- | 2- | 3- | 4- | 5- | 6- | 7- | 8- | 9- | 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**