

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 Aut. 25-Código do Procedimento 26 - Descrição 27-Qtde. Solic. 28-Qtde.							
ou Item Assistencial							
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 ____:____ ____ _____ 42-____ 43-____ 44-____ 45-____ 46-____ 47-____							
2-____/____/____ ____:____ a ____:____ ____ _____ 42-____ 43-____ 44-____ 45-____ 46-____ 47-____							
3-____/____/____ ____:____ a ____:____ ____ _____ 42-____ 43-____ 44-____ 45-____ 46-____ 47-____							
4-____/____/____ ____:____ a ____:____ ____ _____ 42-____ 43-____ 44-____ 45-____ 46-____ 47-____							
5-____/____/____ ____:____ a ____:____ ____ _____ 42-____ 43-____ 44-____ 45-____ 46-____ 47-____							
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 Taxase 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 _____							