

1 - Registro ANS
ANS - nº 368148

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. 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- | | | | | | | | | | | |
| 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- 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**