

**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. Solic.	28-Qtde. Aut.
1-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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**