

Saúde



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-Data de Validade da Senha _____ 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-Qtd.
01-_____	_____	_____	_____	_____
02-_____	_____	_____	_____	_____
03-_____	_____	_____	_____	_____
04-_____	_____	_____	_____	_____

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\$)
01-____/____/____	__:__a__:	__:	__	_____	_____	_____	__	__	__.	_____.	_____.
02-____/____/____	__:__a__:	__:	__	_____	_____	_____	__	__	__.	_____.	_____.
03-____/____/____	__:__a__:	__:	__	_____	_____	_____	__	__	__.	_____.	_____.
04-____/____/____	__:__a__:	__:	__	_____	_____	_____	__	__	__.	_____.	_____.

IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(IS) EXECUTANTE(S)

48-Seg. Ref.	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-U	55-Código CBO
____	____	_____	_____	____	_____	____	_____
____	____	_____	_____	____	_____	____	_____
____	____	_____	_____	____	_____	____	_____
____	____	_____	_____	____	_____	____	_____

* Campos brancos preenchimento obrigatório.

56-Data de Realização de Procedimentos em Série	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56-Data de Realização de Procedimentos em Série	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
01-____/____/____	_____	06-____/____/____	_____
02-____/____/____	_____	07-____/____/____	_____
03-____/____/____	_____	08-____/____/____	_____
04-____/____/____	_____	09-____/____/____	_____
05-____/____/____	_____	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		
_____		_____		_____		

* Campos brancos preenchimento obrigatório.