

1-Registro ANS		3-Nº Guia Principal			
4-Data da Autorização	5-Senha	6-Data Validade da Senha	7-Número da Guia Atribuído pela Operadora		

Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Validade da Carteirinha	10- Nome		11- Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento RN

Dados do Contratante	
13- Código na Operadora / CNPJ / CPF	14- Nome do Contratado

15-Nome do Profissional Solicitante	16-Conselho Profissional	17-Número do Conselho	18-UF	19-Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------	-------	---------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21- Caráter de Atendimento	22- Data/ Hora da Solicitação	23- Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

24-Tabela	25-Código do Procedimento	26-Descrição	27-Qt. Solic.	28-Qt. Autoriz.
1- <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"/>
3- <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"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados do Contratado Executante		
29-Código na Operadora	30-Nome Contratado	31-Cód. 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"/>

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1- <input type="text"/>	<input type="text"/>	3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	9- <input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	10- <input type="text"/>	<input type="text"/>

58-Observação / Justificativa					

59- Total Procedimentos R\$	60- Total Taxas e Aluguéis R\$	61- Total Materiais R\$	62- Total de OPME (R\$)	63- Total Medicamentos R\$	64- Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral da Guia R\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

66- Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado