

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

**Dados do Beneficiário**

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 - Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

**Dados do Contratado**

9- Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

7 - Nome

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

**Dados do Atendimento / Procedimento Realizado**

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela

21 - Código do Procedimento

22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

---

---

---

---

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável