

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 Aut. ____ 25 - Código do Procedimento ou item Assistencial ____ 26 - Descrição _____ 27 - Qtde. Solic. ____ 28 - Qtde. ____

01- _____
02- _____
03- _____

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-Téc.	45- Fator Red/ Acres	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 - ____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
2 - ____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____
3 - ____/____/____	____:____	____:____	____	_____	_____	_____	____	____	_____	_____	_____

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- ____/____/____ 3- ____/____/____ 5- ____/____/____ 7- ____/____/____
2- ____/____/____ 4- ____/____/____ 6- ____/____/____ 8- ____/____/____

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 _____