

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 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

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\$)
14											
24											
34											
44											
54											

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-  
 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