

1 - Registro ANS <b>Nº 379280</b>	3 - Nº Guia Principal	
4 - Data de 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 - 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 de Atendimento	Aceito disponibilizar à operadora os laudos dos meus exames e avaliações do meu 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- / /	: a	: a									
2- / /	: a	: a									
3- / /	: a	: a									
4- / /	: a	: a									
5- / /	: a	: a									

**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 Procedimento em Série    57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1- / /	3- / /	5- / /	7- / /	9- / /
2- / /	4- / /	6- / /	8- / /	10- / /

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 (R\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	------------------------

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