

1 - Registro ANS <b>417297</b>	3 - Número da Guia Principal _____
-----------------------------------	---------------------------------------

4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha _____	6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____
---	--------------------	---	--

<b>Dados do Beneficiário</b>			
8 - Número da Carteira _____	9 - Validade da Carteira ____/____/____	10 - Nome _____	11 - Cartão Nacional de Saúde _____
			12 - Atendimento a RN ____

<b>Dados do Solicitante</b>			
13 - Código na Operadora _____	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 _____

<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>		
21 - Caráter do Atendimento ____	22 - Data da Solicitação ____/____/____	23 - Indicação Clínica _____

24-Tabela	25-Código do Procedimento	26-Descrição	27-Qtde.Solic.	28-Qtde. Aut.
1 -	_____	_____	_____	_____
2 -	_____	_____	_____	_____
3 -	_____	_____	_____	_____
4 -	_____	_____	_____	_____
5 -	_____	_____	_____	_____

<b>Dados do Contratado Executante</b>		
29 - Código na Operadora _____	30 - Nome do Contratado _____	31 - Código CNES _____

<b>Dados do Atendimento</b>			
32 - Tipo Atendimento ____	33 - Indicação Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) ____	34 - Tipo de Consulta ____	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento ____

<b>Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados</b>											
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\$)
____/____/____	__:__ a	__:__ a	____	_____	_____	_____	____	____	_____	____,____,____	____,____,____
____/____/____	__:__ a	__:__ a	____	_____	_____	_____	____	____	_____	____,____,____	____,____,____
____/____/____	__:__ a	__:__ a	____	_____	_____	_____	____	____	_____	____,____,____	____,____,____
____/____/____	__:__ a	__:__ a	____	_____	_____	_____	____	____	_____	____,____,____	____,____,____

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>					
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 1 - ____/____/____	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 - ____/____/____
2 - ____/____/____	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 _____
--	---	--