

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-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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\$)
1- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

56-Data de Realização de Procedimentos em Série **57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1- 3- 5- 7- 9-

2- 4- 6- 8- 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**