

<b>1-Registro ANS</b> 354571	<b>3- Número da Guia Principal</b> _____
---------------------------------	---

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

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

<b>Dados do Solicitante</b>	
<b>13- Código na Operadora</b> _____	<b>14- Nome do Contratado</b> _____

<b>15- Nome do Profissional Solicitante</b> _____	<b>16- Conselho Profissional</b> _____	<b>17- Número no Conselho</b> _____	<b>18- UF</b> _____	<b>19- Código CBO</b> _____	<b>20- Assinatura do Profissional Solicitante</b> _____
--	---	--	------------------------	--------------------------------	--

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

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

<b>Dados do Contratado Executante</b>	
<b>29- Código na Operadora</b> 000322814	<b>30- Nome do Contratado</b> COOPECIR
<b>31- Código CNES</b> _____	

<b>Dados do Atendimento</b>				
<b>32-Tipo de Atendimento</b> _____	<b>33- Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)</b> _____	<b>34- Tipo de Consulta</b> _____	<b>35- Motivo de Encerramento do Atendimento</b> _____	

<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\$)	
1-____/____/____	____:____	a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
2-____/____/____	____:____	a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
3-____/____/____	____:____	a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
4-____/____/____	____:____	a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
5-____/____/____	____:____	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
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

<b>56- Data de realização de Procedimento em série</b>		<b>57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>	
1-____/____/____	3-____/____/____	5-____/____/____	7-____/____/____
2-____/____/____	4-____/____/____	6-____/____/____	8-____/____/____
9-____/____/____	10-____/____/____		

<b>58- Observação / Justificativa</b> _____ _____					
---	--	--	--	--	--

<b>59- Total de Procedimentos (R\$)</b> _____	<b>60- Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</b> _____	<b>61- Total de Materiais (R\$)</b> _____	<b>62- Total OPME (R\$)</b> _____	<b>63- Total de Medicamentos (R\$)</b> _____	<b>64- Total de Gases Medicinais (R\$)</b> _____	<b>65- Total Geral (R\$)</b> _____
--	---	--	--------------------------------------	---	---	---------------------------------------

<b>66- Assinatura do Responsável pela Autorização</b> _____	<b>67- Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> _____	<b>68- Assinatura do Contratado</b> _____
--	---	--