

1 - Registro ANS  
**31.292-4**

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Data de Validade da Senha

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

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 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24- Tabela

25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27- Qtd. Solic.	28- Qtd. 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 - Qtd.	43- Via	44- Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46- Valor Unitário (R\$)	47- Valor Total (R\$)
1- / /											
2- / /											
3- / /											
4- / /											
5- / /											

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