

Para preenchimento dos campos sombreados, consultar o Manual de Orientação ao Prestador.

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
8- Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10- Nome	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 e Exames Solicitados			
21- Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23- Indicação Clínica			

24- Tabela	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27- Qtd. Solici.	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 de 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-Seg/Ret 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF		50-Nome do Profissional		
52-Conselho Profissional		53-Número no Conselho		
54-UF		55-Código CBO		

56- Data de Realização de Procedimentos em Série				
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	
--	--	---	--	------------------------------	--