

1 - Registro ANS <b>315567</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	
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 ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
1 -	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.
2 -			28 - Qtd. Aut.
3 -			
4 -			
5 -			
Dados do Contratado Execitante		30 - Nome do Contratado	
29 - Código na Operadora		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./Acess.	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	58 - Assinatura do Contratado	59 - Assinatura do Responsável pela Autorização	60 - Assinatura do Responsável
1 -	3 -	5 -	7 -
2 -	4 -	6 -	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			