

1- REGISTRO ANS ANS- n.º 31212-6	3- NÚMERO DA GUIA PRINCIPAL
--	-----------------------------

4- DATA DA AUTORIZAÇÃO	5- SENHA	6- DATA DE VALIDADE DA SENHA	7- NÚMERO DA GUIA ATRIBUIDO 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 ASSISTÊNCIAIS SOLICITADOS

21- CARÁTER DO ATENDIMENTO	22- DATA DA SOLICITAÇÃO	23- INDICAÇÃO CLÍNICA
----------------------------	-------------------------	-----------------------

24 - TABELA	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO OU ITEM ASSISTÊNCIAL	26- DESCRIÇÃO	27- QTDE. SOLIC.	28- QTDE. 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- QTDE.	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- []/[]/[]	3- []/[]/[]
2- []/[]/[]	4- []/[]/[]
5- []/[]/[]	7- []/[]/[]
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
--	---	------------------------------