

1 - Registro ANS 41850-1	3 - Número da Guia Principal					
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7- Número da Guia Atribuído pela Operadora			

Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN

Dado 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 e Exames Solicitados					
21- Caráter do Atendimento <input type="checkbox"/>	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Autoriz.	
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 <input type="checkbox"/>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <input type="checkbox"/>	34 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/>	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento <input type="checkbox"/>

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- __/__/__	__ a __	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2- __/__/__	__ a __	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3- __/__/__	__ a __	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4- __/__/__	__ a __	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5- __/__/__	__ a __	__	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Identificação do(s) Profissional(is) Executantes							
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- __/__/__	_____	5- __/__/__	_____	7- __/__/__	_____	9- __/__/__	_____
2- __/__/__	_____	4- __/__/__	_____	6- __/__/__	_____	8- __/__/__	_____	10- __/__/__	_____

58 - Observação /Justificativa :							

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário Responsável	68 - Assinatura do Contratado
_____	_____	_____