

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social
10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contrato				
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	90 - Indicador de Cobertura Especial

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contrato	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	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / procedimento 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 do 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 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contrato