

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------------------|--|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|---|--|-----------|--|--------------------------------------|--|---|--|------------------------|--|-------------------------------|--|-------------------------|--|---------------|--|----------------------|--|----------------------|--|
| 1 - Registro ANS 31.292-4 | | 3 – Número da Guia Principal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização | | | | 5-Senha | | | | | | | | 6 - Data de 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 | |
| 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 Assistenciais Solicitados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 - Caráter do Atendimento | | 22 - Data da Solicitação | | | | 23 - Indicação Clínica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 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- 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |