

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 1-____ 2-____ 3-____ 4-____ 5-____		25- Código do Procedimento ou Item Assistencial _____	
26 - Descrição _____		27-Qtde. Solic. _____	
28-Qtde. Aut. _____			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 71.291.926/0001-21		30 - Nome do Contratado SANTACOOOP	
31 - Código CNES 3433420			
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 ____:____ a ____:____	
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\$) ____	
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 _____			