

1 - Registro ANS
 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
 89 - Nome Social
 12 - Atendimento a RN
 10 - Nome

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
 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 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
 91 - Regime de atendimento
 92 - Saúde Ocupacional

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- / / a / /
 2- / / a / /
 3- / / a / /
 4- / / a / /
 5- / / a / /
 6- / / a / /
 7- / / a / /
 8- / / a / /
 9- / / a / /
 10- / / a / /

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