

1 - Registro ANS <b>32.635-6</b>	3 - Número da Guia Principal
-------------------------------------	------------------------------

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	-----------	-------------------------------	---

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

<b>Dados do Solicitante</b>	
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
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>		
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica

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

<b>Dados do Contratado Executante</b>		
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES

<b>Dados do Atendimento</b>			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>											
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-											

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>							
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

<b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série / 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>									
1-		3-		5-		7-		9-	
2-		4-		6-		8-		10-	

<b>58 - Observação / Justificativa</b>	
<b>Validade de 30 dias.</b>	

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
---	--	-------------------------------