

1 - Registro ANS 3 3 4 1 5 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 ISABELA MARCONDES RODRIGUES		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 10161		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional DR. BRUNO K. C. ORTIZ PEDIATRIA CRM-SP: 258.803													
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 AMBULÂNCIA SIM PLEES								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-				3 -				5 -				7 -				9 -							
2 -				4 -				6 -				8 -				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											