



2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS						3 - Número da Guia Principal						6 - Data de Validade da Senha						7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora						11 - Cartão Nacional de Saúde						12 - Atendimento a RN																																																																																																																																																																	
4 - Data da Autorização						5 - Senha						8 - Número da Carteira						9 - Validade da Carteira						10 - Nome																																																																																																																																																																							
Dados do Beneficiário												Dados do Solicitante												Dados do Contratado																																																																																																																																																																							
8 - Número da Carteira												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 - Qlde. Solic.												28 - Qlde. Aut.																																																																																															
1 -												2 -												3 -												4 -												5 -												6 -												7 -												8 -												9 -												10 -												11 -												12 -																																																											
13 -												14 -												15 -												16 -												17 -												18 -												19 -												20 -												21 -												22 -												23 -												24 -												25 -												26 -												27 -												28 -											
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 - Qlde.												43 - Via												44 - Tec.												45 - Fator Red./Acresc.												46 - Valor Unitário (R\$)												47 - Valor Total (R\$)																																															
1 -												2 -												3 -												4 -												5 -												6 -												7 -												8 -												9 -												10 -												11 -												12 -																																																											
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												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\$)																																																																																			
1 -												2 -												3 -												4 -												5 -												6 -												7 -												8 -												9 -												10 -												11 -												12 -																																																											
Assinatura do Responsável pela Autorização												Assinatura do Beneficiário ou Responsável												Assinatura do Contratado																																																																																																																																																																							