

1 - Região ANS		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia atribuído pelo Operadora	
344885											
Dados do Beneficiário		8 - Nome da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
08650001866044005						BORIS DIMITRI DE SIQUEIRA FILHO					
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
110091080				GOT GRUPO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA		GIOVANI SERRANO MACHADO		06		9111	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Cartão Atendimento		22 - Data/Hora da Solicitação		23 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)		18 - UF		19 - Código CBO S	
						TENDINITE OMBRO ESQ		26		225270	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.			
				Fisioterapia motora e analgésica com TENS de Ombro Esquerdo		10					
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES					
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Indicação Clínica	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		Seq 37 - Data		38 - Hora Início		39 - Hora Fim		40 - Tabela		41 - Código do Procedimento	
										42 - Descrição	
										43 - Qtd.	
										44 - Via	
										45 - Tec.	
										46 - % Red/Acrec.	
										47 - Valor Unitário - R\$	
										48 - Valor Total - R\$	
Identificação do(s) Profissional(es) Executante(s)		49 - Ref.		50 - Grau Part.		51 - Código na Operadora / CPF		52 - Nome do Profissional		53 - Conselho do Profissional	
										54 - Número do Conselho	
57 - Data e Assinatura do Procedimento em Livro 58 - Assinatura do beneficiário ou Responsável										55 - UF	
										56 - Código CBO	
59 - Observação											
60 - Total Procedimentos (R\$)		61 - Total Tabela e Aluguéis (R\$)		62 - Total Materiais (R\$)		63 - Total de Opwe (R\$)		64 - Total Medicamentos (R\$)		65 - Total Gastos Medicinas (R\$)	
										66 - Total Geral (R\$)	
67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				69 - Data e Assinatura do Prestador Executante			