

2- N° Guia no Prestador:

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				10 - Nome										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		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-Qtde. Solic.				8-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-																															
2-																															
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																			