

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>34 919-4</b> | 3 - Nº Guia Principal |
|-------------------------------------|-----------------------|

|                         |            |                                 |                                         |
|-------------------------|------------|---------------------------------|-----------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 6 - Bairro | 06 - Data de validade da Serina | 7 - Nº da Guia Arbitrado pela Operadora |
|-------------------------|------------|---------------------------------|-----------------------------------------|

|                              |                          |           |                               |               |
|------------------------------|--------------------------|-----------|-------------------------------|---------------|
| <b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b> |                          |           |                               |               |
| 8 - Número da Carteira       | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Endereço |

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| <b>DADOS DO SOLICITANTE</b> |                         |
| 13 - Código da 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 OU ITENS ASSISTENCIAIS SOLICITADOS</b> |                          |                        |
| 21 - Caracter do Atendimento                                                   | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtd. Solic. | 28 - Qtd. Aut. |
|-------------|--------------------------------------------------|----------------|------------------|----------------|
| 1-          |                                                  |                |                  |                |
| 2-          |                                                  |                |                  |                |
| 3-          |                                                  |                |                  |                |
| 4-          |                                                  |                |                  |                |
| 5-          |                                                  |                |                  |                |

|                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| <b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b> |                         |
| 29 - Código na Operadora              | 30 - Nome do Contratado |

|                             |                                                             |                       |                                            |  |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|--|
| <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 - Qtd. | 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(ES) EXECUTANTE(S)</b> |                |                              |                           |                            |                         |
| 48 - Seg. Ref.                                            | 49 - Grau Pat. | 50 - Código da Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho |

|                                                  |                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 56 - Data de Realização do Procedimento em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1- | 2- | 3- | 4- | 5- | 6- | 7- | 8- | 9- | 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 |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|