

1- Registro ANS  
331317

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 do Conselho

18- UF

19- Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

21- Carater de Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 -Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde Solicitada	28 - Qtde. Aut
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

**Dados do Contratado Executante**

29- Código da 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 de Atendimento

**Dados de 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 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 -Observação / Justificativa

Solicito a REAL GRANDEZA efetuar ao credenciado acima identificado, por minha ordem e conta, o pagamento do serviço atestado neste documento e autorizo o desconto em folha de pagamento da parcela a que estiver sujeito.

59- Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de taxas e Aluguéis (R\$)

61- Total de Materias (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

1- Registro ANS 331317 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 do Conselho 18- UF 19- Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

21- Carater de Atendimento 22 - Data de Solicitação 23 -Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde Solicitada	28 - Qtde. Aut
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

**Dados do Contratado Executante**  
29- Código da 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 de Atendimento

**Dados de 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 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

Solicito a REAL GRANDEZA efetuar ao credenciado acima identificado, por minha ordem e conta, o pagamento do serviço atestado neste documento e autorizo o desconto em folha de pagamento da parcela a que estiver sujeito.

59- Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de taxas e Aluguéis (R\$) 61- Total de Materias (R\$) 62- Total de OPME (R\$) 63- Total de Medicamentos (R\$) 64- Total de Gases Mediciniais (R\$) 65- Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

1- Registro ANS  
**331317**

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 do Conselho

18- UF

19- Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

21- Carater de Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 -Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde Solicitada	28 - Qtde. Aut
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

**Dados do Contratado Executante**

29- Código da 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 de Atendimento

**Dados de 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 Req./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 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 -Observação / Justificativa

Solicito a REAL GRANDEZA efetuar ao credenciado acima identificado, por minha ordem e conta, o pagamento do serviço atestado neste documento e autorizo o desconto em folha de pagamento da parcela a que estiver sujeito.

59- Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de taxas e Aluguéis (R\$)

61- Total de Materias (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