

Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	Validade da Carteira	Atendimento a RN (Sim ou Não)
--------------------	----------------------	-------------------------------

Nome

Nome Social

Dados do Contratado

Código na Operadora	Nome do Contratado	Código CNES
---------------------	--------------------	-------------

Nome do Profissional Executante	Conselho Profissional	Número no Conselho	UF	Código CBO
---------------------------------	-----------------------	--------------------	----	------------

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	Indicador de Cobertura Especial	Regime de Atendimento	Saúde Ocupacional
--	---------------------------------	-----------------------	-------------------

Data do Atendimento	Tipo de Consulta	Tabela	Código do Procedimento	Valor do Procedimento
---------------------	------------------	--------	------------------------	-----------------------

Observação / Justificativa

Assinatura do Profissional Executante	Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---------------------------------------	---