

Número da Guia Principal	Data da Autorização	Senha	Data de Validade da Senha	Número da Guia Atribuído pela Operadora
--------------------------	---------------------	-------	---------------------------	---

Dados do Beneficiário				
Número da Carteira	Validade da Carteira	Nome	Cartão Nacional de Saúde	Atendimento a RN
Nome Social				

Dados do Solicitante				
Código na Operadora	Nome do Contratado			
Nome do Profissional Solicitante	Conselho Profissional	Número no Conselho	UF	Código CBO
Assinatura do Profissional Solicitante				

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
Caráter do Atendimento	Data da Solicitação	Indicação Clínica	Cobertura Especial	

Tabela	Código do Procedimento ou item Assistencial	Descrição	Qtde. Solic.	Qtde. Aut.
01 -				
02 -				
03 -				
04 -				
05 -				
06 -				
07 -				

Dados do Contratado Executante				
Código na Operadora	Nome do Contratado			Código CNES

Dados do Atendimento				
Tipo de Atendimento	Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	Tipo de Consulta	Motivo de encerramento do atendimento	
Regime de Atendimento	Saúde Ocupacional			

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
Data	Hora Inicial	Hora Final	Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Qtde.	Via	Tec.	Fator Red./Acresc.	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
01 -											
02 -											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)								
Seq. Ref.	Grau part.	Código na Operadora/CPF	Nome do Profissional	Conselho Profissional	Número no Conselho	UF	Código CBO	
01 -								
02 -								

Data de Realização de Procedimentos em Série	Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	---

Observação / Justificativa

Total de Procedimentos (R\$)	Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	Total de Materiais (R\$)	Total de OPME (R\$)	Total de Medicamentos (R\$)	Total de Gases Medicinais (R\$)	Total Geral (R\$)
Assinatura do Responsável pela Autorização		Assinatura do Beneficiário ou Responsável			Assinatura do Contratado	