



1 - Registro ANS

3 | 3 | 3 | 6 | 8 | 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5 - Validade da Carteira

| | | | / | | | | / | | | |

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

| |

7 - Nome

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

8 - Cartão Nacional de Saúde

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

10 - Nome do Contratado

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

11 - Código CNES

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

12 - Nome do Profissional Executante

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

13 - Conselho Profissional

| | | |

14 - Número no Conselho

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

15 - UF

| | |

16 - Código CBO

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente

(acidente ou doença relacionada) | |

18 - Data do Atendimento

| | | | / | | | | / | | | |

19 - Tipo de Consulta

| |

20 - Tabela

| | | |

21 - Código do Procedimento

1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | | |

22 - Valor do Procedimento

| | | | | | | | | | | | | | | |

23 - Observação / Justificativa

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

24 - Assinatura do Profissional Executante

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |