

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de 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
12354678910		MARIA ZELIA MARTINS		

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
63303978000142	COFTALCE

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE		Nº CONSELHO		225265	ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO SOLICITANTE

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Centro de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
		SUSPEITA DE GLAUCOMA

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
22	10101012	CONSULTA	01	01
22	41301323	TONOMETRIA	01	01

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
63303978000142	COFTALCE	

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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\$)
10/02/17			22	10101012	CONSULTA	01					VALOR
10/02/17			22	41301323	TONOMETRIA	01					VALOR

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Prof.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		NOME DO MÉDICO EXECUTANTE		Nº CONSELHO		225265

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

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Abusivos (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\$)
VALOR TOTAL						VALOR TOTAL

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	ASSINATURA DO PACIENTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO EXECUTANTE