

1 - Registro ANS 410047	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 no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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

21 - Caráter do Atendimento Eletivo	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
--	--------------------------	------------------------

24- Tabela	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solio.	28 - Qtde. Aut
1				
2				

**Dados do Contratado Executante**

29 - Código na 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 Enocerramento de 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 - Qtde.	43-Via	44-Teo.	45-Fator	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)

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

48-Seq.Ref 1	49-Grau Part. -9	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 Senha FacPlan ( 747651310 ) - Validade: ( 28/04/2020 ) Endereço Prestador: AV JOAO PINHEIRO - 947, CENTRO, UBERLÂNDIA, MG - 38.400-126

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas / Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total OPME (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado	