

[illegible]

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado

[illegible]

21 - Caráter do Atendimento []	22 - Data da Solicitação []/[]/[]	23 - Indicação Clínica
------------------------------------	---	------------------------

24-Tabela	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

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

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

[illegible]

48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
____	____	____	_____	____	____	____	____
____	____	____	_____	____	____	____	____
____	____	____	_____	____	____	____	____
____	____	____	_____	____	____	____	____
____	____	____	_____	____	____	____	____

[illegible]

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (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\$)
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------