

1 - REGISTRO ANS 34.333-1	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
22 - VALOR DO PROCEDIMENTO			

23 - OBSERVAÇÃO / JUSTIFICATIVA

24 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	25 - ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
_____	_____