

Para preenchimento dos campos sombreados, consultar o Manual de Orientação ao Prestador.

1- Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
	71/	
<b>Dados do Beneficiário</b>		
4- Número da Carteira	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)
7- Nome		8 - Cartão Nacional de Saúde
<b>Dados do Contratado</b>		
COOPMED RS		
9- Código na Operadora	10- Nome do Contratado	11- Código CNES
100000008729		
12 - Nome do Profissional Executante	13- Conselho Profissional	14 - Número no Conselho
	15 - UF	16 - Código CBO
<b>Dados do Atendimento/Procedimento Realizado</b>		
17 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)		
18 - Data de 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

S/01.17736 - 1/2