



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		Cooperativa dos Médicos Hemodinamicistas e Cardiologistas do RS																			
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				2 - Nº Guia do Prestador													
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																			
				C O O P H E M O - R S																			
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		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica																			
24-Tabela Aut.														27-Qtde. Solic.		28-Qtde.							
ou Item Assistencial																							
1-																							
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
Dados do Contratado Executante																							
29 - Código na Operadora				30 - Nome do Contratado										31 - Código CNES									
23927835000197				C O O P H E M O - R S										9198377									
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 - Qtde.		43-Via		44-Tec.		45- Fator Red./Acresc.		46-Valor Unitário (R\$)		47-Valor Total (R\$)	
1-																							
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																							
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									
								0 6				R S											
								0 6				R S											
								0 6				R S											
								0 6				R S											
56-Data de Realização de Procedimentos em Série														57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1-				3 -				5 -				7 -				9 -							
2-				4 -				6 -				8 -				10 -							
58-Observação / Justificativa																							
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															