



4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

[illegible]

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

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 -				

[illegible]

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

[illegible]

48-Seg.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][illegible]

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