

1 - Registro ANS ANS - nº 357511	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
--	-----------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Solicitante					
13 - Código da Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES			
16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO-S	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Data / Hora da Solicitação	22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)		
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Aut.	
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					

Dados do Contratado Executante								
30 - Código na Operadora / CNPJ	31 - Nome do Contratado	32 - T.L	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Código IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
40a - Código na Operadora/CPF do exec.complementar	41 - Nome do Profissional Executante	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO-S	45a - Grau de Participação		

Dados do Atendimento					
46 - Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapias <input type="checkbox"/> 04 - Consultas <input type="checkbox"/> 05 - Exames <input type="checkbox"/> 06 - Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 07 - SDT Internado <input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia <input type="checkbox"/> 09 - radioterapia <input type="checkbox"/> 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva			47 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros		48 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1 - Retorno <input type="checkbox"/> 2 - Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3 - Referência <input type="checkbox"/> 4 - Internação <input type="checkbox"/> 5 - Alta

Consulta Referência	
49 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	50 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias

Procedimentos e Procedimentos em Série											
51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição	57-Qtde.	58-Via	59-Tec.	60 - Red./Acréc.	61 - Valor Unitário (R\$)	62 - Valor Total (R\$)
1- / /											
2- / /											
3- / /											
4- / /											
5- / /											

63 - Data e Assinatura de Procedimento em Série											
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /		

64 - Observações											

65 - Total Procedimentos (R\$)	66 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	67 - Total Materiais (R\$)	68 - Total Medicamentos (R\$)	69 - Total Diárias (R\$)	70 - Total Gases Medicinais (R\$)	71 - Total Geral da Guia (R\$)
86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante			

OPM Solicitados

72- Tabela	73- Código do OPM	74- Descrição OPM	75- Qtde.	76- Fabricante.	77- Valor Unitário R\$.
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					

OPM Utilizados

78- Tabela	79- Código do OPM	80- Descrição OPM	81- Qtde.	82- Código de Barras	83- Valor Unitário R\$	84- Valor Total R\$
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						

85- Total OPM

--