

Confiança quando você mais precisa.

1 - Registro ANS ANS - nº 337510	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
--	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira (Matrícula)	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
------------------------------------	-----------	---------------------------	-----------	---

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na 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 Solicitação <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.Autoriz.
1- _____	_____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

46-Tipo Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06-Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 -Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	48- Tipo de Saída 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito
---	--	--

Consulta Referência

49 -Tipo de Doença A-Aguda C-Crônica	50 -Tempo de Doença A-Anos M-Meses D-Dias
---	--

Procedimentos e Exames realizados

51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição	57-Qtde.	58-Via	59-Tec.	60% Red.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1- _____	_____ a _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2- _____	_____ a _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3- _____	_____ a _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1- _____	3- _____	5- _____	7- _____	9- _____
2- _____	4- _____	6- _____	8- _____	10- _____

64 - Observação

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 R\$