

1 - Registro ANS 40.941-3	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data 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 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	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
	<input type="checkbox"/> E-Eletiva <input type="checkbox"/> U-Urgência/Emergência		

25-Tabela	26-Código do Procedimento	27-Descrição	28.Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante	
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado
32-T.L.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento
36 - Município	37 - UF
38 - Cód. IBGE	39 - CEP
40- Código CNES	
40a - 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
45a - Grau de Participação	

Dados do Atendimento	
46-Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente
<input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapias <input type="checkbox"/> 04 - Consulta <input type="checkbox"/> 05 - Exame <input type="checkbox"/> 06 - Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 07 - SADT Internado <input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia <input type="checkbox"/> 09 - Radioterapia <input type="checkbox"/> 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado 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 <input type="checkbox"/> 6 - Óbito	

Consulta Referência	
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
<input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	<input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> 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. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1 -										
2 -										
3 -										
4 -										
5 -										

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