

1 - Registro ANS ANS - nº 34665-9	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 <input type="checkbox"/> E-EletivaU-Urgência/Emergência	23 - CID 10 ____	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)
---	--	---------------------	---

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-CódigoCNES
40a - Código na Operadora / CNPJ / CPF do exec. com	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 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 <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1- Trânsito 2 - Outros	48 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1- Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
--	--	---

CONSULTA REFERÊNCIA

49 -Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	50 -Tempo de Doença ____-____ A - Anos M - Meses 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. / 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- ____/____/____	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\$

INSTRUÇÃO

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório.