

1-Registro ANS ANS nº 354562	3 - 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 a alto custo)
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência			
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	8 - Qtde. Solic. 29 - Qtde. 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 do Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	45a - Grau de Participação		

Dados do Atendimento		
46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de Saída
01- Remoção 02- Pequena Cirurgia 03- Terapias 04- Consulta 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 07- SADT Internado 08- Quimioterapia 09- Radioterapia 10- TRS-Terapia Renal Substitutiva	<input type="checkbox"/> 0- Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1- Trânsito 2- Outros	<input type="checkbox"/> 1- Retorno 2- Retorno SADT 3- Referência 4- Internação 5- Alta 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 -	9 -							
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -							

68 - 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 Solicitadas

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

OPM Utilizados

78 - Tabela	79 - Código 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 -						