

1 - Registro ANS <b>Nº 379280</b>	3 - Nº Guia Principal	4 - Data de 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		
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS**

21 - Data / Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação E - Eletiva 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 - Qtde. Solic.	29 - Qtde. Aut.
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	38 - CEP	40 - Cód. 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 - Cód. CBO S	45a - Grau de Participação		

**DADOS DO ATENDIMENTO**

46 - Tipo de Atendimento <small>01-Remoção; 02-Pequena Cirurgia; 03-Terapia; 04-Consulta; 05-Exame; 06-Atend. Domiciliar; 07-SADT Internado; 08-Quimioterapia; 09-Radioterapia; 10-TRS - Terapia Renal Substitutiva</small>	47 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 0 - Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho; 1 - Trânsito; 2 - Outros	48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito	Aceito disponibilizar à operadora os laudos dos meus exames e avaliações do meu atendimento
--	---	---	---

**CONSULTA REFERÊNCIA**

49 - Tipo de Doença A - Aguda; C - Crônica	50 - Tempo de Doença A - Ano; 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-Fator Red/Acresc.	61-Valor Unitário (R\$)	62-Valor Total (R\$)
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											

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

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 das Guias 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-	_____	_____	__	_____	_____,____
10-	_____	_____	__	_____	_____,____
11-	_____	_____	__	_____	_____,____
12-	_____	_____	__	_____	_____,____
13-	_____	_____	__	_____	_____,____
14-	_____	_____	__	_____	_____,____
15-	_____	_____	__	_____	_____,____
16-	_____	_____	__	_____	_____,____
17-	_____	_____	__	_____	_____,____

**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-	_____	_____	__	_____	_____,____	_____,____
10-	_____	_____	__	_____	_____,____	_____,____
11-	_____	_____	__	_____	_____,____	_____,____
12-	_____	_____	__	_____	_____,____	_____,____
13-	_____	_____	__	_____	_____,____	_____,____
14-	_____	_____	__	_____	_____,____	_____,____
15-	_____	_____	__	_____	_____,____	_____,____
16-	_____	_____	__	_____	_____,____	_____,____
17-	_____	_____	__	_____	_____,____	_____,____

85-Total OPM R\$  
 \_\_\_\_\_,\_\_\_\_