

1-Registro ANS 005711	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 CBOS
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------	-------	----------------

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 referência e alto custo)	
E-Eletiva U-Urgência/Emergência				

25-Tabela	26-Código do Procedimento	27-Descrição	28-Qt Solic.	29-Qt Autoriz.

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

40A-Código na Operadora/CPF	41-Nome do Profissional Executante / Complementar	42-Conselho Profissional	43-Número no Conselho	44-UF	45-Código CBOS	45A-Grau Part
-----------------------------	---	--------------------------	-----------------------	-------	----------------	---------------

Dados do Atendimento	
46-Tipo de Atendimento	47-Indicação de Acidente
1-Remoção 2-Pequena Cirurgia 3-Terapia 4-Consulta 5-Exame 6-Atend. Domiciliar 7-SADT Internado 8-Quimioterapia 9-Radioterapia 10-TRS-Ter. Renal Substitutiva	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	

Consulta Referência	
49-Tipo de Doença	50-Tempo de Doença
A-Aguda C-Crônica	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\$

63-Data e Assinatura de Procedimento em Série		
1	3	5
2	4	6
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\$

| | | | | | , |