

1 - Registro ANS 319147	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-Eletiva <input type="checkbox"/> U-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 - 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 <input type="checkbox"/> 1- Remoção <input type="checkbox"/> 2- Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 3- Terapia <input type="checkbox"/> 4- Consulta <input type="checkbox"/> 5- Exame <input type="checkbox"/> 6-Atend. Domiciliar <input type="checkbox"/> 7-SADT Internado <input type="checkbox"/> 8-Quimioterapia <input type="checkbox"/> 9-Radioterapia <input type="checkbox"/> 10-TRS-Ter. Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente <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 <input type="checkbox"/> A-Águda <input type="checkbox"/> C-Crônica	50 - Tempo de Doença ____ - ____ A-Anos 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-% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
2- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
3- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
4- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____
5- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série (* quando houver)

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 ____/____/____
---	--	---	--