

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade 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 e alto custo)
	<input type="checkbox"/> E-Eletiva <input type="checkbox"/> U-Urgência/Emergência		

25-Tabela	26- Código do Procedimento	27 - Descrição	28.Qtde. Solicitada	29-Qtde. Autorizada
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 / CNPJ / CPF	41 - Nome do Profissional Executante	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBOS	45a - Grau de Participação			

Dados do Atendimento			47 - Indicação de Acidente			48- Tipo de Saída		
46-Tipo Atendimento								
<input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapias <input type="checkbox"/> 04 - Consulta <input type="checkbox"/> 05 - Exame <input type="checkbox"/> 06-Atend. Domiciliar <input type="checkbox"/> 07 - SADT Internado <input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia <input type="checkbox"/> 09-Radioterapia <input type="checkbox"/> 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva			<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros			<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	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 -	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