

1 - Registro ANS ANS - n.º 35451-1	3 - N° Guia Profissional	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia	2- N°
--	--------------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------	--------------

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 - 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			47 - Indicação de Acidente			48 - Tipo de Saída		
46 - Tipo Atendimento			0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho			1 - Retorno		
01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar			1 - Trânsito 2 - Outros			2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito		
07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva								

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

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtde.	5 - 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-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	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
---------------------------------------	--	---	--

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-							
1-							
1-							
1-							
1-							
1-							
1-							
1-							

85 - Total OPM R\$

SP/SADT