

1 - Registro ANS	3 - Número 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 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 - 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 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS-Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado 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 A - Aguda 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 Procedimento em Série

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 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
---------------------------------------	--	---	--