

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia de Solicitação	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 Executante**

13 - Código na Operadora / CNPJ	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES
16 - TL	17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento	20 - Município
		21 - UF
		22 - Cód. IBGE
		23 - CEP

**Dados da Internação**

24 - Caráter da Internação	25 - Tipo Acomodação Autorizada	26 - Data/Hora da Internação	27 - Data/Hora da Saída Internação	28 - Tipo Internação	29 - Regime de Internação
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	__/__/__:__	__/__/__:__	<input type="checkbox"/> 1-Clinica <input type="checkbox"/> 2-Cirurgica <input type="checkbox"/> 3-Obstétrica <input type="checkbox"/> 4-Pediátrica <input type="checkbox"/> 5-Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar
30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X")					
<input type="checkbox"/> -Em gestação <input type="checkbox"/> -Aborto <input type="checkbox"/> -Transtorno materno relacionado a gravidez <input type="checkbox"/> -Complic. Puerpério <input type="checkbox"/> -Atend. ao RN na sala de parto <input type="checkbox"/> -Complicação Neonatal <input type="checkbox"/> -Bx. Peso <2,5 Kg. <input type="checkbox"/> -Parto Cesáreo <input type="checkbox"/> -Parto Normal					
31 - Se óbito em mulher		32 - Se óbito neonatal		33 - Nº Decl. Nasc. Vivos	34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo
<input type="checkbox"/> 1- Grávida <input type="checkbox"/> 2 - até 42 dias após término gestação <input type="checkbox"/> 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação		<input type="checkbox"/> - Qtde. óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> - Qtde. óbito neonatal tardio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			35 - Qtde. Nasc. Mortos	36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Dados da Saída da Internação**

37-CID 10 Principal	38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	41 - Indicador de Acidente	42 - Motivo Saída	43 - CID 10 Óbito	44 - Nº Declaração do Óbito
__	__	__	__	<input type="checkbox"/> 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1-Trânsito <input type="checkbox"/> 2-Outros	__	__	__

**Procedimentos e Exames Realizados**

45-Data	46-Hora Inicial	47-Hora Final	48-Tabela	49-Código do Procedimento	50-Descrição	51-Qtde.	52-Via	53-Tec.	54-% Red. / Acresc.	55-Valor Unitário - R\$	56-Valor Total - R\$
1-__/__/__:__	__:__:a	__:__:a									
2-__/__/__:__	__:__:a	__:__:a									
3-__/__/__:__	__:__:a	__:__:a									
4-__/__/__:__	__:__:a	__:__:a									
5-__/__/__:__	__:__:a	__:__:a									

**Identificação da Equipe**

57-Seq.Ref	58-Gr.Part.	59-Código na Operadora/CPF	60-Nome do Profissional	61-Conselho Prof.	62-Número Conselho	63-UF	64-CPF

73 - Tipo Faturamento R\$	74 - Total Procedimentos R\$	75 - Total Diárias R\$	76 - Total Taxas e Aluguéis R\$	77 - Total Materiais R\$	78 - Total Medicamentos R\$	79 - Total Gases Medicinais R\$	80 - Total Geral R\$
<input type="checkbox"/> - Total <input type="checkbox"/> - Parcial							

82-Data e Assinatura do Contratado	83-Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

