

1 - Registro ANS	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	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			47 - Indicação de Acidente	48- Tipo de Saida
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	0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	1- Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito

Consulta Referência	
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
A-Aguda C-Crônica	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 :	: a :								
2- / /	: a :	: a :								
3- / /	: a :	: a :								
4- / /	: a :	: a :								
5- / /	: a :	: a :								

63-Data e Assinatura de Procedimentos 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 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-						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						

85- Total OPM R\$
