

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 DR. ADRIANO KARPSTEIN	RQE 12.438, RQE 12.555	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 15.995	19 - UF PR	20 - Código CBO S 225270
---	------------------------	--	--	----------------------	------------------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação E E-Eletiva U-Urgência/Emergência	23 - CID 10 M25-5	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-										
2-										
3-										
4-										
5-										

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