



GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

1 - Registro ANS

3 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano

6 - Validade da Carteira

7 - Nome

8 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - TL

13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento

16 - Município

17 - UF

18 - Código IBGE

19 - CEP

20 - Nome do Profissional Executante

21 - Conselho Profissional

22 - Número no Conselho

23 - UF

24 - Código CBO S

Hipótese Diagnóstica

25 - Tipo de Doença

26 - Tempo de Doença

27 - Indicação de Acidente

 A - Aguda C - Crônica A - Anos M - Meses D - Dias 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

28 - CID Principal

29 - CID (2)

30 - CID (3)

31 - CID (4)

Dados do Atendimento/Procedimento Realizado

32 - Data do Atendimento

33 - Código da Tabela

34 - Código do Procedimento

35 - Tipo de Consulta

 1 - Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-natal

36 - Tipo de Saída

 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta

37 - Observação

38 - Data e Assinatura do Médico

39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável



GUIA DE CONSULTA

2 - Nº

1 - Registro ANS

3 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano

6 - Validade da Carteira

7 - Nome

8 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - TL

13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento

16 - Município

17 - UF

18 - Código IBGE

19 - CEP

20 - Nome do Profissional Executante

21 - Conselho Profissional

22 - Número no Conselho

23 - UF

24 - Código CBO S

Hipótese Diagnóstica

25 - Tipo de Doença

26 - Tempo de Doença

27 - Indicação de Acidente

 A - Aguda C - Crônica A - Anos M - Meses D - Dias 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

28 - CID Principal

29 - CID (2)

30 - CID (3)

31 - CID (4)

Dados do Atendimento/Procedimento Realizado

32 - Data do Atendimento

33 - Código da Tabela

34 - Código do Procedimento

35 - Tipo de Consulta

 1 - Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-natal

36 - Tipo de Saída

 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta

37 - Observação

38 - Data e Assinatura do Médico

39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável



GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2 - Nº

1 - Registro ANS

3 - Nº da Guia de Solicitação/Senha

4 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

5 - Número da Carteira

6 - Plano

7 - Validade da Carteira

8 - Nome

9 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

10 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

11 - Nome do Contratado

12 - Código CNES

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

14 - Nome do Contratado Executante

15 - Código CNES

16 - Tipo da Acomodação Autorizada

17 - Grau Part. 18 - Nome do Profissional Executante

19 - Conselho Profissional

20 - Número no Conselho

21 - UF

22 - Número no CPF

Procedimentos Realizados

23 - Data	24 - Hora Inicial	25 - Hora Final	26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd.	30 - Via	31 - Ite.	32 - % Red./Acresc.	33 - Valor Unitário - R\$	34 - Valor Total - R\$
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

35 - Total Geral de Honorários R\$

36 - Observação

37 - Data/Hora e Assinatura do Prestador

38 - Data/Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - Registro ANS		3 - Data da Autorização		4 - Senha		5 - Data de Validade da Senha		6 - Data de Emissão da Guia		
Amil										
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO										
2 - Nº										
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira					8 - Plano			9 - Validade da Carteira		
10 - Nome						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora/CNPJ/CPF				13 - Nome do Contratado				14 - Código CNES		
15 - Nome do Profissional Solicitante					16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	19 - Código CBO S
Dados do Contratado Solicitado/Dados da Internação										
20 - Código da Operadora/CNPJ/CPF					21 - Nome do Prestador					
22 - Caráter de Internação			23 - Tipo de Internação							
<input type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência			<input type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica							
24 - Regime de Internação				25 - Qtde. de Diárias Solicitadas						
<input type="checkbox"/> 1 - Hospital 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar										
26 - Indicação Clínica										
Hipótese Diagnóstica										
27 - Tipo de Doença			28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente			29 - Indicação de Acidente				
<input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica			<input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias			<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros				
30 - CID 10 Principal		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)		33 - CID 10 (4)				
Procedimentos Solicitados										
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento			36 - Descrição				37 - Qt. Solic.	38 - Qt. Autoriz.	
1 -										
2 -										
3 -										
4 -										
5 -										
OPM Solicitados										
39 - Tabela	40 - Código OPM			41 - Descrição OPM			42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$	
1 -										
2 -										
3 -										
4 -										
5 -										
Dados da Autorização										
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar				46 - Qtde. de Diárias Autorizadas			47 - Tipo de Acomodação Autorizada			
48 - Código na Operadora/CNPJ				49 - Nome do Prestador Autorizado				50 - Código CNES		
51 - Observação										
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante				53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			



**GUIA DE SOLICITAÇÃO E DE REALIZAÇÃO DE SERVIÇO PROFISSIONAL/
SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

2 - Nº

1 - Registro ANS 326305		3 - Nº da Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de 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	
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 referenciada e alto custo)		25 - Tabela		26 - Código do Procedimento	
		E - Eletiva U - Urgência/Emergência						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 - TL		33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento		36 - Município		37 - UF	
30a - 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	
40a - Código na Operadora/CPF do Exec. Complementar		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF		45a - Grau de Participação	
Dados do Atendimento											
46 - Tipo Atendimento		47 - Indicação de Acidente		48 - Tipo de Saída		49 - Tipo de Doença		50 - Tempo de Doença		51 - Data	
7 - SADT Internado 8 - Quimioterapia 9 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva		0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Transitio 2 - Outros		1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito		A - Aguda C - Crônica		A - Anos M - Meses D - Dias		52 - Hora Inicial 53 - Hora Final	
Procedimentos e Exames Realizados											
54 - Tabala		55 - Código do Procedimento		56 - Descrição		57 - Qtd.		58 - Via		59 - Tec. % Red./Acresc.	
1										61 - Valor Unitário - R\$	
2										62 - Valor Total - R\$	
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 de Procedimentos R\$		66 - Total de Taxas e Aluguéis R\$		67 - Total de Materiais R\$		68 - Total de Medicamentos R\$		69 - Total de Diárias R\$		70 - Total de Gases Mediciniais R\$	
65 - Data e Assinatura do Solicitante		67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Data e Assinatura do Prestador Executante			