




 CONSULTA		Tipo 16		2 - Número da Guia		USO GEAP	
1 - Registro ANS 323080		DADOS DO BENEFICIÁRIO					
4 - Número da Carteira		5 - Plano		6 - Validade da Carteira		8 - Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS	
DADOS DO CONTRATADO		10 - Nome do Contratado					
9 - Código na Operadora/CNP/J/CPF		11 - Código CNES		12 - Tipo Lograd. 13 - 14 - 15 - Logradouro - Número - Complemento		16 - Município	
20 - Nome do Profissional Executante		21 - Conselho Profissional		22 - Número no Conselho		17 - UF 18 - Código IBGE do Município 19 - CEP 23 - UF 24 - Código CBO-S	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		25 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica					
26 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias		27 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Acidente de Trânsito 2 - Outros Acidentes		28 - CID principal 29 - CID (2) 30 - CID (3) 31 - CID (4)		36 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta	
DADOS DO ATENDIMENTO/PROCEDIMENTO REALIZADO		35 - Tipo de Consulta 1-Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-Natal					
32 - Data do Atendimento 33 - Tab 34 - Código do Procedimento		37 - Observações		38 - Data e Assinatura do Médico		39 - Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável	
				39 - Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável		39 - Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável	
GEAP/DITEC/COINF/NOV/06		GEAP/DITEC/COINF/NOV/06					
 CONSULTA		Tipo 16		2 - Número da Guia		USO GEAP	
1 - Registro ANS 323080		DADOS DO BENEFICIÁRIO					
4 - Número da Carteira		5 - Plano		6 - Validade da Carteira		8 - Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS	
DADOS DO CONTRATADO		10 - Nome do Contratado					
9 - Código na Operadora/CNP/J/CPF		11 - Código CNES		12 - Tipo Lograd. 13 - 14 - 15 - Logradouro - Número - Complemento		16 - Município	
20 - Nome do Profissional Executante		21 - Conselho Profissional		22 - Número no Conselho		17 - UF 18 - Código IBGE do Município 19 - CEP 23 - UF 24 - Código CBO-S	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		25 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica					
26 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias		27 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Acidente de Trânsito 2 - Outros Acidentes		28 - CID principal 29 - CID (2) 30 - CID (3) 31 - CID (4)		36 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta	
DADOS DO ATENDIMENTO/PROCEDIMENTO REALIZADO		35 - Tipo de Consulta 1-Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-Natal					
32 - Data do Atendimento 33 - Tab 34 - Código do Procedimento		37 - Observações		38 - Data e Assinatura do Médico		39 - Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável	
				39 - Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável		39 - Data e Assinatura do Beneficiário/Responsável	
GEAP/DITEC/COINF/NOV/06		GEAP/DITEC/COINF/NOV/06					

 HONORÁRIO INDIVIDUAL	Tipo 14	2 - Número da Guia	USO GEAP
1 - Registro ANS 323080	3 - Número Guia Solicitação/Senha		4 - Data da 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 - CNS

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 - Acomodação Aut.
17 - Grau Partic.	18 - Nome do Profissional Executante	19 - Conselho Profissional	20 - Número no Conselho
		21 - UF	22 - CPF

PROCEDIMENTOS REALIZADOS													
It.	23 - Data	24 - Hora Inicial	25 - Hora Final	26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtde	30 - Via Acesso	31 - Tec Utiliz.	32 - % de Redução/Acréscimo	33 - Valor Unitario	34 - Valor Total	
1		⋮	⋮							⋮			
2		⋮	⋮							⋮			
3		⋮	⋮							⋮			
4		⋮	⋮							⋮			
5		⋮	⋮							⋮			
6		⋮	⋮							⋮			
7		⋮	⋮							⋮			
8		⋮	⋮							⋮			
9		⋮	⋮							⋮			
10		⋮	⋮							⋮			
												35 - Total Geral de Honorário	

36 - Observação

37 - Data e Assinatura do Prestador <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div>	38 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div>
---	---



RESUMO DA INTERNAÇÃO

Tipo 11

2 - Número da Guia

USO GEAP

1 - Registro ANS 323080	3 - Número da Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Validade da Senha	7 - Data da Emissão da Guia
-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	-----------	-----------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade do Carteira
11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS	

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

24 - Caráter da internação E - Eletivo U - Urgência/Emergência <input type="checkbox"/>	25 - Tipo Acom Aut <input type="checkbox"/>	26 - Data / Hora da Internação	27 - Data / Hora da Saída da Internação	28 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica <input type="checkbox"/>	29 - Regime de Internação 1 - Hospital 2 - Hospital-Dia 3 - Domiciliar <input type="checkbox"/>
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"/> Complicação no Puerpério <input type="checkbox"/> Atendimento ao RN na Sala de Parto <input type="checkbox"/> Complicação Neonatal <input type="checkbox"/> Baixo Peso (<2,5 KG) <input type="checkbox"/> Parto Cesário <input type="checkbox"/> Parto Normal					
31 - Óbito em mulher 1 - Grávida 2 - Óbito até 42 dias após o término da gestação 3 - De 43 dias até 12 meses após o término da gestação <input type="checkbox"/>		32 - Óbito Neonatal Quantidade de óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> Quantidade de óbito neonatal tardio <input type="checkbox"/>		33 - Nº Decl Nasc Vivos	34 - Qtde Nasc Vivos a Termo. <input type="text"/>
			35 - Qtde. Nasc. Mortos <input type="text"/>	36 - Qtde Nasc. Vivos Prematuros <input type="text"/>	

DADOS DA SAÍDA DA INTERNAÇÃO

37 - CID principal	38 - CID (2)	39 - CID (3)	40 - CID (4)	41 - Indicador de Acidente 0 - Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Acidente de Trânsito 2 - Outros Acidentes <input type="checkbox"/>	42 - Motivo Saída	43 - CID do Óbito	44 - Número da Declaração de Óbito
--------------------	--------------	--------------	--------------	---	-------------------	-------------------	------------------------------------

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

It.	45 - Data	46 - Hora Inicial	47 - Hora Final	48 - Tabela	49 - Código do Procedimento	50 - Descrição	51 - Qtde.	52 - Via Acesso	53 - Tec Utiliz.	54 - % de Redução/Acréscimo	55 - Valor Unitário R\$	56 - Valor Total R\$
1												
2												
3												
4												
5												

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

57 - Seq. Ref.	58 - Grau Part.	59 - Código na Operadora / CPF	60 - Nome do Profissional	61 - Conselho Profissional	62 - Número no Conselho	63 - UF	64 - CPF

73 - Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial	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\$)
---	-------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------

82 - DATA E ASSINATURA DO CONTRATADO <input type="text"/>	83 - DATA E ASSINATURA DO(S) AUDITOR(ES) DA OPERADORA <input type="text"/>
--	---



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

Tipo 12

2 - Número da Guia

USO GEAP

1 - Registro ANS 323080	3 - Número da Guia Principal (se paciente internado)	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Validade da Senha	7 - Data da Emissão da Guia
-----------------------------------	---	-------------------------	-----------	-----------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO				
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 -Data de Validade Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS

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 - Eletivo U - Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada, alto custo)	

It.	25 - Tab	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição do Procedimento	28 Qi Solic	28 Qi Autor
1					
2					
3					
4					
5					

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE								
30 - Código na Operadora/ CNPJ/ CPF	31 - Nome do Contratado	32 - Tipo Lograd	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37-UF	38 - Código IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
40 a - Código na Operadora/ CPF do Executante Complementar	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	45a - Grau Partic.		

DADOS DO ATENDIMENTO				CONSULTA REFERÊNCIA			
46 - Tipo de Atendimento				47 - Indicador de Acidente			
01 - Remoção	02 - Pequena Cirurgia	03 - Terapia	04 - Consulta	05 - Exame	0 - Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho	48 - Tipo de Saída	
06 - Atend. Domiciliar	07 - SADT Internado	08 - Quimioterapia	09 - Radioterapia	10 - TRS Terapia Renal Substitutiva	1 - Acidente de Trânsito	1 - Retorno	2 - Retorno SADT
				2 - Outros Acidentes	3 - Referência	4 - Internação	50 - Tempo de Doença
					5 - Alta	6 - Óbito	A - Anos M - Meses D - Dias

It.	51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54-Tab	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57-Qtde.	58 - Via Acesso	59 -Tec. Utilizada	60 - % de Redução/ Acréscimo	61 - Valor Unitario R\$	62 - Valor Total R\$
1												
2												
3												
4												
5												

63 - Data e Assinatura do Procedimento em Série											
Nº	Data	Assinatura do Beneficiário	Nº	Data	Assinatura do Beneficiário	Nº	Data	Assinatura do Beneficiário	Nº	Data	Assinatura do Beneficiário
1			3			5			7		
2			4			6			8		

64 - Observações											
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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