

1 - Registro ANS 366871	3 - Data de Emissão da Guia _/_/__/__/_/
----------------------------	---------------------------------------------

**Dados do Beneficiário**

4 - Número da Carteira _/_/__/__/_/	5 - Plano <b>AMS</b>	6 - Validade da Carteira _/_/__/__/_/
----------------------------------------	-------------------------	------------------------------------------

7 - Nome _/_/__/__/_/	8 - Número do Cartão Nacional de Saúde _/_/__/__/_/
--------------------------	--------------------------------------------------------

**Dados do Contratado**

9 - Código na Operadora / GNPI / CPF _/_/__/__/_/	10 - Nome do Contratado _/_/__/__/_/	11 - Código ONES _/_/__/__/_/			
12 - T.L. _/_/__/__/_/	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 _/_/__/__/_/
------------------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------

**Hipóteses Diagnósticas**

25 - Tipo de Doença _/_/__/__/_/	26 - Tempo de Doença _/_/__/__/_/	27 - Indicação de Acidente _/_/__/__/_/	
28 - CID Principal _/_/__/__/_/	29 - CID (2) _/_/__/__/_/	30 - CID (3) _/_/__/__/_/	31 - CID (4) _/_/__/__/_/
_/_/__/__/_/			
_/_/__/__/_/			

**Dados do Atendimento / Procedimento Realizado**

32 - Data do Atendimento _/_/__/__/_/	33 - Código Tabela _/_/__/__/_/	34 - Código Procedimento _/_/__/__/_/
35 - Tipo de Consulta _/_/__/__/_/	36 - Tipo de Saída _/_/__/__/_/	
_/_/__/__/_/		
_/_/__/__/_/		

37 - Observação _/_/__/__/_/	38 - Data e Assinatura do Médico _/_/__/__/_/
_/_/__/__/_/	
_/_/__/__/_/	

39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/__/__/_/	
_/_/__/__/_/	

1 - Registro ANS 366871	3 - Nº Guia de Solicitação / Senha _____	4 - Data de Emissão da Guia ___/___/___
----------------------------	---------------------------------------------	--------------------------------------------

**Dados do Beneficiário**

5 - Número da Carteira _____	6 - Plano <b>AMS</b>	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 do CPF _____

**Procedimentos Realizados**

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

35 - Total Geral Honorários R\$ _____
------------------------------------------

36 - Observação _____ _____ _____
--------------------------------------------

37 - Data / Hora e Assinatura do Prestador ___/___/___	38 - Data / Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ___/___/___
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

1 - Registro ANS 366871	3 - Data da Autorização _ / _ / _	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha _ / _ / _	6 - Data de Emissão da Guia _ / _ / _
----------------------------	--------------------------------------	-----------	-----------------------------------------	------------------------------------------

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira _ / _ / _	8 - Plano <b>AMS</b>	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 na Operadora / CNPJ _ / _ / _	21 - Nome do Prestador _ / _ / _
22 - Caráter da Internação _ E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação _ 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação _ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _ / _ / _
26 - Indicação Clínica _ / _ / _ _ / _ / _ _ / _ / _	

**Hipóteses Diagnósticas**

27 - Tipo Doença _ A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _ - _ A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente _ 1 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal _ / _ / _	31 - CID 10 (2) _ / _ / _	32 - CID 10 (3) _ / _ / _
33 - CID (4) _ / _ / _		

**Procedimentos Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

**OPM Solicitados**

39 - Tabela	40 - Código do 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. Diárias Autorizadas _ / _ / _	47 - Tipo da 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 _ / _ / _

1 - Registro ANS 366871	3 - Nº Guia Profissional _____	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 AMS	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 <input type="checkbox"/> E-Eletiva <input type="checkbox"/> U-Urgência/Emergência	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**

46 - Tipo Atendimento <input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapias <input type="checkbox"/> 04 - Consulta <input type="checkbox"/> 05 - Exame <input type="checkbox"/> 06 - Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 07 - SADT Internado <input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia <input type="checkbox"/> 09 - Radioterapia <input type="checkbox"/> 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	48 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1 - Retorno <input type="checkbox"/> 2 - Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3 - Referência <input type="checkbox"/> 4 - Internação <input type="checkbox"/> 5 - Alta <input type="checkbox"/> 6 - Óbito
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Consulta Referência**

49 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	50 - Tempo de Doença ____ A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> 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 Procedimento 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 _____	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 ____/____/____			