

<b>1 - Registro ANS</b> <span style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">419133</span>	<b>3 - Número da Guia Principal</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
---	--

<b>4 - Data da Autorização</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>5-Senha</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>6 - Data de Validade da Senha</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
---	---	---	---

**Dados do Beneficiário**

<b>8 - Número da Carteira</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>9 - Validade da Carteira</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>89 - Nome Social</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>12 -Atendimento a RN</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<b>10 - Nome</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			

**Dados do Solicitante**

<b>13 - Código na Operadora</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>14 - Nome do Contratado</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>				
<b>15 - Nome do Profissional Solicitante</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>16 - Conselho Profissional</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>17 - Número no Conselho</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>18 - UF</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>19 - Código CBO</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>20 - Assinatura do Profissional Solicitante</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

<b>21 - Caráter do Atendimento</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>22 - Data da Solicitação</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>23 - Indicação Clínica</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>90 - Indicador de Cobertura Especial</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
---	--	--	--

24-Tabela	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

**Dados do Contratado Executante**

<b>29 - Código na Operadora</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>30 - Nome do Contratado</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>31 - Código CNES</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
--	---	--

**Dados do Atendimento**

<b>32-Tipo de Atendimento</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>34 - Tipo de Consulta</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>35 - Motivo de Encerramento do Atendimento</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>91 - Regime de atendimento</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>92 - Saúde Ocupacional</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
--	---	---	--	--	--

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											

**Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)**

48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO

**56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1- <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	3- <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	5- <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	7- <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	9- <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
2- <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	4- <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	6- <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	8- <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	10- <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>

**58-Observação / Justificativa**

<b>59 - Total de Procedimentos (R\$)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>61 - Total de Materiais (R\$)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>62- Total de OPME (R\$)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>63 - Total de Medicamentos (R\$)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>64 - Total de Gases Medicinais (R\$)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>65 - Total Geral (R\$)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
---	--	---	---	--	--	--

<b>66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<b>68 - Assinatura do Contratado</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
---	--	---

# GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS

| 4 | 1 | 9 | 1 | 3 | 3 |

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5 - Validade da Carteira

| | | | / | | | | / | | | | | |

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

| |

26 - Nome Social

7 - Nome

## Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

| | | | | | | | | | | |

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

| | | |

14 - Número no Conselho

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

15 - UF

| | | |

16 - Código CBO

| | | | | | | | | | | |

## Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

| |

27 - Indicador de Cobertura Especial

| | | |

28 - Regime de Atendimento

| | | |

29 - Saúde Ocupacional

| | | |

18 - Data do Atendimento

| | | | / | | | | / | | | | | |

19 - Tipo de Consulta

| |

20 - Tabela

| | | |

21 - Código do Procedimento

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

22 - Valor do Procedimento

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

## GUIA DE HONORÁRIOS

(Somente para pacientes internados)

<b>1 - Registro ANS</b> <span style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">419133</span>	<b>3- Nº Guia de Solicitação de Internação</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>4 - Senha</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	--	--	--

**Dados do Beneficiário**

<b>6 - Número da Carteira</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>41 - Nome Social</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>8 - Atendimento a RN</b> <input style="width: 100%;" type="checkbox"/>	<b>7 - Nome</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>

**Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)**

<b>9 - Código na Operadora</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>10 - Nome do Hospital/Local</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>11-Código CNES</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	---

**Dados do Contratado Executante**

<b>12 - Código na Operadora</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>13 - Nome do Contratado</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>14 - Código CNES</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	--	---

**Dados da internação**

<b>15 - Data do Início do Faturamento</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>16 - Data do Fim do Faturamento</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	--

**Procedimentos Realizados**

17-Data	18-Hora Inicial	19-Hora Final	20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Qtde.	24-Via	25-Tec / Acresc	26- Fator Red	27-Valor Unitário - R\$	28-Valor Total - R\$
01-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											
09-											
10-											

**Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)**

29-Seq.Ref	30-Grau Part.	31-Código na Operadora/CPF	32-Nome do Profissional	33-Conselho Profissional	34-Número no Conselho	35-UF	36-Código CBO

<b>37- Observação / Justificativa</b> <input style="width: 95%; height: 50px;" type="text"/>	<b>38- Valor total dos honorários</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---

<b>39 - Data de emissão</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>40 - Assinatura do Profissional Executante</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---