

1 - Registro ANS Nº 379280	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data de 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 EXECUTANTE

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

24 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência / Emergência	25 - Tipo de Acomodação Autorizada	26 - Data / Hora da Internação	27 - Data / Hora da Saída da Internação	28 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1-Clinica; 2-Cirúrgica; 3-Obstétrica; 4-Pediátrica; 5-Psiquiátrica	29 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1-Hospitalar; 2-Hospitalar-Dia; 3-Domiciliar
---	------------------------------------	--------------------------------	---	--	--

30 - Internação Obstétrica (selecione mais de uma se necessário com um "x")
 - Em gestação - Aborto - Trastorno materno relacionado a gravidez - Complic. Puerpério - Atend. ao RN na sala de parto - Complicação Neonatal - Bx. Peso < 2,5Kg. - Parto Cesáreo - Parto Normal

31 - Se Óbito em Mulher <input type="checkbox"/> 1 - Gravida <input type="checkbox"/> 2 - até 42 dias após término gestação <input type="checkbox"/> 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação	32 - Se Óbito em Neonatal <input type="checkbox"/> Qtde. óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> Qtde. óbito neonatal tardio	33 - Nº Decl. Nasc. Vivos	34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo	35 - Qtde. Nasc. Mortos	36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro
---	---	---------------------------	--------------------------------	-------------------------	----------------------------------

DADOS DA SAÍDA DA INTERNAÇÃO

37 - CID 10 Principal	38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	41 - Indicador de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho; <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito; <input type="checkbox"/> 2 - Outros	42 - Motivo Saída	43 - CID 10 Óbito	44 - Nº Declaração do Óbito
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------	---	-------------------	-------------------	-----------------------------

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

45-Data	46-Hora Inicial	47-Hora Final	48-Tabela	49-Código do Procedimento	50-Descrição	51-Qtde.	52-Via	53-Tec.	54-% Red / Acresc.	55-Valor Unitário (R\$)	56-Valor Total (R\$)
1- _ / _ / _	_ : _ a _ : _	_ : _	_	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2- _ / _ / _	_ : _ a _ : _	_ : _	_	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
3- _ / _ / _	_ : _ a _ : _	_ : _	_	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
4- _ / _ / _	_ : _ a _ : _	_ : _	_	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
5- _ / _ / _	_ : _ a _ : _	_ : _	_	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

57-Seq. Ref.	58-Gr.Part.	59-Código na Operadora/CPF	60-Nome do Profissional	61-Conselho Prof.	62-Número Conselho	63-UF	64-CPF
_ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

73-Tipo de Faturamento R\$ <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 _ _ / _ _ / _ _	83 - Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora _ _ / _ _ / _ _
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS (CONTINUAÇÃO)

45-Data	46-Hora Inicial	47-Hora Final	48-Tabela	49-Código do Procedimento	50-Descrição	51-Qtde.	52-Via	53-Tec.	54-% Red / Acresc.	55-Valor Unitário (R\$)	56-Valor Total (R\$)
6- _ _ / _ _ / _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
7- _ _ / _ _ / _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
8- _ _ / _ _ / _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
9- _ _ / _ _ / _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
10- _ _ / _ _ / _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
11- _ _ / _ _ / _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
12- _ _ / _ _ / _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
13- _ _ / _ _ / _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
14- _ _ / _ _ / _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
15- _ _ / _ _ / _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _ : _ _ a _ _ : _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (CONTINUAÇÃO)

57-Seq. Ref.	58-Gr.Part.	59-Código na Operadora/CPF	60-Nome do Profissional	61-Conselho Prof.	62-Número Conselho	63-UF	64-CPF
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

OPM UTILIZADOS

65-Tabela	66-Código do OPM	67-Descrição OPM	68-Qtde.	69-Código de Barras	70-Valor Unitário R\$	71-Valor Total R\$
1- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
2- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
3- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
4- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
5- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

72-Total OPM R\$
|_|_|

81 - Observação