

2-Nº
72 /

Para preenchimento dos campos sombreados, consultar o Manual de Orientação ao Prestador.

1-Registro ANS	3-Nº Guia Principal	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	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 CBOS
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------	-------	----------------

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 referência e alto custo)
-----------------------------	---------------------------	-----------	---

25-Tabela	26-Código do Procedimento	27-Descrição	28-Qt Solic.	29-Qt Autoriz.

Dados do Contratado Executante

30-Código na Operadora/CNPJ/CPF	31-Nome do Contratado	32-T.L.	33-Logradouro	34-Número	35-Complemento	36-Município	37-UF	38-Código IBGE	39-CEP	40-Código CNES
---------------------------------	-----------------------	---------	---------------	-----------	----------------	--------------	-------	----------------	--------	----------------

40A-Código na Operadora CPF/Exec. Complementar	41-Nome do Profissional Executante / Complementar	42-Conselho Profissional	43-Número no Conselho	44-UF	45-Código CBOS	45A-Grau Part
--	---	--------------------------	-----------------------	-------	----------------	---------------

Dados do Atendimento

46-Tipo de Atendimento	47-Indicação de Acidente	48-Tipo de Saída
------------------------	--------------------------	------------------

Consulta Referência

49-Tipo de Doença	50-Tempo de Doença
-------------------	--------------------

Procedimentos e Procedimentos em Série											
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\$

63-Data e Assinatura de Procedimento em Série	3	5	7	9
1				
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 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
-------------------------------------	--	---	--

OPM Solicitados							
	72-Tabela	73-Código do OPM	74-Descrição OPM	75-Qtde.	76-Fabricante	77-Valor Unitário - R\$	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

OPM Utilizados							
	78-Tabela	79-Código do OPM	80-Descrição OPM	81-Qtde.	82-Código de Barras	83-Valor Unitário - R\$	84-Valor Total - R\$
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

84-Total OPM - R\$
| | | | | | | |

-MODELO APENAS PARA VISUALIZAÇÃO-
-VEDADA A IMPRESSÃO-