

1 - Registro ANS 99999-9		3 - Nº Guia Principal			4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia				
Dados do Beneficiário															
8 - Número da Carteira		9 - PLANO PASBC			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 de Solicitação E-Eletiva U-Urgência/Emergência		23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referências e alto custo)										
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição										28 - QT.Solicit.	29 - QT.Autoriz.		
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 - Cód. 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 CBOS		45a - Grau de Participação		
Dados do Atendimento															
46 - Tipo Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva					47 - Indicação de Acidente 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros				48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito						
Consulta Referência															
49 - Tipo de Doença A-Aguda C-Crônica		50 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses 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\$	
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série															
1- _____		2- _____			3- _____			4- _____			5- _____				
6- _____		7- _____			8- _____			9- _____			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\$			
72 - Data e Assinatura do Solicitante				73 - Data e Assinatura do Prestador Executante				74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				75 - Assinatura Eletrônica			

OPM Utilizados

										85 - Total OPM R\$
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------