

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 71.291.926/0001-21		31 - Nome do Contratado SANTACOOPBH				32 - T.L.		33-34-35-Logradouro-Número-Complemento		36 - Município	
										37-UF	
										38-Cód. IBGE	
										39 - CEP	
										40 - Cód. CNES 3433420	
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 Saida 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito		
Consulta Referência											
49 - Tipo de Doença		50 - Tempo de Doença									
A-Aguda C-Crônica		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\$
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------