

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
| 1 - Registro ANS | | 3 - Data de Emissão da Guia | |
| Dados do Beneficiário | | | |
| 4 - Número da Carteira | | 5 - Plano | |
| | | 6 - Validade da Carteira | |
| 7 - Nome | | 8 - Número do Cartão Nacional de Saúde | |
| Dados do Contratado | | | |
| 9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | | 10- Nome do Contratado | |
| | | 11 - Código CNES | |
| 12-T.L | 13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento | 16 - Município | 17 - UF |
| | | | 18 - Código IBGE |
| | | | 19 - CEP |
| 20 - Nome do Profissional Executante | | 21 - Conselho Profissional | 22-Número no Conselho |
| | | | 23 - UF |
| | | | 24 - Código CBO S |
| Hipóteses Diagnósticas | | | |
| 25-Tipo de Doença | | 26 -Tempo de Doença | |
| | | 27 - Indicação de Acidente | |
| 28 - CID Principal | | 29 - CID (2) | 30 - CID (3) |
| | | | 31 - CID (4) |
| | | | |
| Dados do Atendimento / Procedimento Realizado | | | |
| 32 - Data do Atendimento | | 33-Codigo Tabela | |
| | | 34-Código Procedimento | |
| 35 - Tipo de Consulta | | 36 - Tipo de Saída | |
| | | | |
| 37 - Observação | | | |
| 38-Data e Assinatura do Médico | | 39-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável | |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|---|--|--|----------------|--|--|---|---|-----------------------------|---|---------------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------------|--|--|
| 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 | | | | | |

| 72 - Tabela 73 - Código do OPM | 74 - Descrição do OPM | 75 - Qtde. 76 - Fabricante | 77 - Valor Unitário R\$ |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

OPM Utilizados

| 78 - Tabela 79 - Código do OPM | 80 - Descrição do OPM | 81 - Qtde. 82 - Código de Barras | 83 - Valor Unitário R\$ | 84 - Valor Total R\$ |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

85 - Total OPM R\$