

1 - Registro ANS 36101-1	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
-----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

8 - Número da Carteira		9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
------------------------	--	-----------	---------------------------	-----------	---

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
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
-------------------------------	-----------------------------	-------------	--

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Autoriz.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

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 - Código CHES
---------------------------------------	-------------------------	-----------	--	----------------	---------	----------------	----------	------------------

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 CBO S	45a - Grau de Participação
---	---	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------	----------------------------

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

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

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\$
1 -										
2 -										
3 -										
4 -										
5 -										

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\$
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

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
---------------------------------------	--	---	--