

1 - Registro ANS
 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
 5 - Senha
 6 - Data de Validade da Senha
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira
 9 - Validade da Carteira
 89 - Nome Social
 12 - Atendimento a RN
 10 - Nome

Dados do Solicitante
 13 - Código na Operadora
 14 - Nome do Contratado
 15 - Nome do Profissional Solicitante
 16 - Conselho Profissional
 17 - Número no Conselho
 18 - UF
 19 - Código CBO
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
 21 - Caráter do Atendimento
 22 - Data da Solicitação
 23 - Indicação Clínica
 90 - Indicador de Cobertura Especial

24-Tabela	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora
 30 - Nome do Contratado
 31 - Código CNES

Dados do Atendimento
 32-Tipo de Atendimento
 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
 34 - Tipo de Consulta
 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
 91 - Regime de atendimento
 92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48-Seq.Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF
 51-Nome do Profissional
 52-Conselho Profissional
 53-Número no Conselho
 54-UF
 55-Código CBO

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 1- / / a / /
 2- / / a / /
 3- / / a / /
 4- / / a / /
 5- / / a / /
 6- / / a / /
 7- / / a / /
 8- / / a / /
 9- / / a / /
 10- / / a / /

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
 61 - Total de Materiais (R\$)
 62 - Total de OPME (R\$)
 63 - Total de Medicamentos (R\$)
 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 68 - Assinatura do Contratado

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - NomeSocial

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho
Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-				
02-				
03-				
04-				
05-				
06-				
07-				
08-				
09-				
10-				
11-				
12-				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Logo da Operadora

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

31 - Nome Social

8 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Conselho Profissional

13 - Número no Conselho

14 - UF

15 - Código CBO

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

17 - Tipo da Acomodação Solicitada

18 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19-Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde Solic	23 - Qtde Aut
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização