

1 - Registro ANS 37821-6	3 - Número 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	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 - Cód. CNES
16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Conselho Profissional
18 - Número no Conselho		19 - UF
20 - Cód. CBOs		

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação _/_/____/____/____ : __:__	22 - Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - CID 10 _/_/____/____/____	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)
---	--	-----------------------------------	---

25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Sol.	29 - Qt. Aut.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T.L.	33 - 34 - 35 - Logradouro - Nº - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Cód. CNES
40a - Cód. na Operadora / CPF do Exec. Complementar	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Nº no Conselho	44 - UF	45 - Código CBOs	45a - Grau de Participação		

Dados do Atendimento

46 - Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Peq. Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapias <input type="checkbox"/> 04 - Consulta <input type="checkbox"/> 05 - Exame <input type="checkbox"/> 06 - Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 07 - SADT Internação <input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia <input type="checkbox"/> 09 - Radioterapia <input type="checkbox"/> 10 - TRS-Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	48 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1 - Retorno <input type="checkbox"/> 2 - Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3 - Referência <input type="checkbox"/> 4 - Internação <input type="checkbox"/> 5 - Alta <input type="checkbox"/> 6 - Óbito
---	--	---

Consulta Referência

49 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	50 - Tempo de Doença _/_ - <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias
---	--

Procedimentos e Exames Realizados

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab.	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qt.	58 - Via	59 - Tec.	60 - % Red./Acrêsc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1- _/_/____/____/____	3- _/_/____/____/____	5- _/_/____/____/____	7- _/_/____/____/____	9- _/_/____/____/____
2- _/_/____/____/____	4- _/_/____/____/____	6- _/_/____/____/____	8- _/_/____/____/____	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 Ass. Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--

OPM Solicitados

72 - Tabela	73 - Código do OPM	74 - Descrição OPM	75 - Qtde.	76 - Fabricante	77 - Valor Unitário R\$
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					

OPM Utilizados

78 - Tabela	79 - Código do OPM	80 - Descrição OPM	81 - Qtde.	82 - Código de Barras	83 - Valor Unitário R\$	84 - Valor Total R\$
1 -						
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
6 -						
7 -						
8 -						
9 -						

85 - Total OPM R\$

* O associado ao assinar declara ter conhecimento de que só terá cobertura deste evento, se o mesmo constar do Rol de Procedimentos da ANS e autoriza a PREVIMINAS a solicitar aos médicos e hospitais, a qualquer tempo, todas as informações que julgar necessárias relacionadas à internação, evolução, exames e tratamento, objeto desta solicitação.