

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal			4 - Data da Autorização		5-Senha			6 - Data 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 - 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 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 -																							
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- Código CNES							
0 _ 4_ _ 7_ _ 5_ _ 8_ _ 3_ _ 7_ _ 3_ _ 0_ _ 0_ _ 0_ _ 1_ _ 8_ _ 7_ _				FISIGOIS - Centro de Fisioterapia Especializada Fisigóis					Rua Alexandre Calaza, 256		Rio de Janeiro			3304557	20560-110	371369-5							
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								
Dados do Atendimento																							
46-Tipo Atendimento							47 - Indicação de Acidente				48- Tipo de Saída												
0 _	01 - Remoção	02 - Pequena Cirurgia	03 - Terapias	04 - Consulta	05 - Exame	06-Atendimento Domiciliar	_ _ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho	1 - Trânsito	2 - Outros	_ _ 2 -	1-Retorno	2-Retorno SADT	3-Referência	4-Internação	5-Alta	6-Óbito							
_ _	07- SADT Internado	08 - Quimioterapia	09-Radioterapia	10-TRS-Terapia Renal Substitutiva																			
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\$						
1- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _					
2- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _					
3- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _					
4- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _					
5- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _					
63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série																							
1- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _					
2- _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _					
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											
_ _ / _ _ / _ _				_ _ / _ _ / _ _				_ _ / _ _ / _ _				_ _ / _ _ / _ _											

