

1- Registro ANS 41850-1	3- N° Guia de Solicitação	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

Dado do Contratado executante

13- Código na Operadora/CNPJ/CPF	14- Nome do Contratado Executante	15- Código CNES
16- T.Log	17- 18-19- Logradouro - Número - Complemento	20- Município
		21- UF
		22- Código IBGE
		23- CEP

Dados da Internação

24- Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E-Eletiva <input type="checkbox"/> U-Urgência	25- Tipo Acomodação Autorizada	26- Data/Hora da Internação	27- Data/Hora Saída Internação	28- Tipo Internação <input type="checkbox"/> 1-Clínica <input type="checkbox"/> 2-Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3-Obstétrica <input type="checkbox"/> 4-Pediátrica <input type="checkbox"/> 5-Psiqu	29- Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1-Hospitalar <input type="checkbox"/> 2-Hospital-Dia <input type="checkbox"/> 3-Domiciliar
30- Internação Obstétrica (Selecione mais de um se necessário com "X") <input type="checkbox"/> Em gestação <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Transtorno materno relacionado a gravidez <input type="checkbox"/> Complic. Puerpério <input type="checkbox"/> Atend. ao RN na sala de parto <input type="checkbox"/> Complicação Neonatal <input type="checkbox"/> Bx. Peso < 2,5 Kg <input type="checkbox"/> Parto Cesáreo <input type="checkbox"/> Parto Normal					
31- Se óbito em Mulher <input type="checkbox"/> 1-Grávida <input type="checkbox"/> 2-Até 42 dias após término gestação <input type="checkbox"/> 3-de 43 dias a 12 meses após término gestação		32- Se óbito Neonatal <input type="checkbox"/> Qtde. óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> Qtde. óbito neonatal tardio		33- N°Decl.Nasc.Vivos	34- Qte.Nasc.vivos a Termo
				35- Qte.Nasc.Mortos	36- Qte.NAsc.Vivos Prematuro

Dados da Saída de Internação

37- CID10 Principal (Opcional)	38- CID10 (2) (Opcional)	39- CID10 (3) (Opcional)	40- CID10 (4) (Opcional)	41- Indicador de Acidente <input type="checkbox"/> 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1-Trânsito <input type="checkbox"/> 2-Outros	42- Motivo Saída	43- CID10 Óbito (Opcional)	44- N° Delcaração do Óbito
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	------------------	----------------------------	----------------------------

Procedimentos e Exames Realizados

45- Data	46- Hora Inicial	47- Hora Final	48- Tabela	49- Cód. do Procedimento	50- Descrição	51- Qtde	52- Via	53- tec.	54- %Red/Acresc.	55- Valor Unitário -R\$	56- Valor Total -R\$
1- / /	: : a	: :	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2- / /	: : a	: :	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3- / /	: : a	: :	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4- / /	: : a	: :	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5- / /	: : a	: :	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Identificação da Equipe

57- Seq.Ref.	58-Gr.Part.	59. Código na Operadora/CPF	60- Nome do Profissional	61- Conselho Profissional	62- Número Profissional	63- UF	64- CPF
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—

73- Tipo Faturamento (R\$) <input type="checkbox"/> -Total <input type="checkbox"/> -Parcial	74- Total Procedimentos (R\$)	75- Total Diárias (R\$)	76- Total Taxas e Aluguéis (R\$)	77- Total Materiais (R\$)	78- Total Medicamentos (R\$)	79- Total Gases Medicinais (R\$)	80- Total Geral (R\$)
---	-------------------------------	-------------------------	----------------------------------	---------------------------	------------------------------	----------------------------------	-----------------------

82- Data e Assinatura do Contratado	83- Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora
-------------------------------------	--

