

1 - Registro ANS 323080		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 ____/____/____									
10 - Nome _____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____									
12 -Atendimento a RN _____											
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 _____											
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 ____									
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-____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
2-____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
3-____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
4-____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
5-____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	____	_____	_____	____	____	____	____	____	____
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		54UF	55-Código CBO
____	____	_____	_____				____	_____		____	_____
____	____	_____	_____				____	_____		____	_____
____	____	_____	_____				____	_____		____	_____
____	____	_____	_____				____	_____		____	_____
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1-____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____			
2-____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____			
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 _____			



GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

323080

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 - Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho
Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela

21 - Código do Procedimento

22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável