

1 - Registro ANS	3 - Nº 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
-----------	---

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora / CNPJ	14 - Nome do Contratado	15 - Código CHES
---------------------------------	-------------------------	------------------

16 - T.L.	17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento	20 - Município	21 - UF	22 - Cód. IBGE	23 - CEP
-----------	--	----------------	---------	----------------	----------

Dados da Internação

24 - Caráter da Internação	25 - Tipo Acomodação Autorizada	26 - Data/Hora da Internação	27 - Data/Hora da Saída Internação	28 - Tipo Internação	29 - Regime de Internação
----------------------------	---------------------------------	------------------------------	------------------------------------	----------------------	---------------------------

30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X")
 Em gestação Aborto Transtorno materno relacionado a gravidez Complic. Puérperio Atend. ao RN na sala de parto Complicação Neonatal Bx. Peso <2,5 Kg. Parto Cesáreo Parto Normal

31 - Se óbito em mulher	32 - Se óbito neonatal	33 - Nº Decl. Nasc. Vivos	34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo	35 - Qtde. Nasc. Mortos	36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro
-------------------------	------------------------	---------------------------	--------------------------------	-------------------------	----------------------------------

Dados da Saída da Internação

37 - CID 10 Principal	38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	41 - Indicador de Acidente	42 - Motivo Saída	43 - CID 10 Óbito	44 - Nº Declaração do Óbito
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------	----------------------------	-------------------	-------------------	-----------------------------

Procedimentos e Exames Realizados

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

Identificação da Equipe

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

73 - Tipo Faturamento R\$	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
--------------------------------------	---

