

1 - Registro ANS **ANS - nº 3465-9** 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 - Caracter da Solicitação 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 - Q1 Solic. 29 - Q1 Autoriz.

PRE OPERATORIO

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA

CREATININA

HEMOGLOBINA GLICADA

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo Atendimento 47 - Indicação de Acidente 48 - Tipo de Saída 49 - Tipo de Doença 50 - Tempo de Doença 51 - Data 52 - Hora Inicial 53 - Hora Final 54 - Tabela 55 - Código do Procedimento 56 - Descrição 57 - Q10e 58 - Via 59 - Tec. 60 - % Red. / Acresc. 61 - Valor Unitário - R\$ 62 - Valor Total - R\$

CONSULTA REFERENCIAL

49 - Tipo de Doença 50 - Tempo de Doença 51 - Data 52 - Hora Inicial 53 - Hora Final 54 - Tabela 55 - Código do Procedimento 56 - Descrição 57 - Q10e 58 - Via 59 - Tec. 60 - % Red. / Acresc. 61 - Valor Unitário - R\$ 62 - Valor Total - R\$

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE

1 - 1 2 - 1 3 - 1 4 - 1 5 - 1 6 - 1 7 - 1 8 - 1 9 - 1 10 - 1 11 - 1 12 - 1 13 - 1 14 - 1 15 - 1 16 - 1 17 - 1 18 - 1 19 - 1 20 - 1 21 - 1 22 - 1 23 - 1 24 - 1 25 - 1 26 - 1 27 - 1 28 - 1 29 - 1 30 - 1 31 - 1 32 - 1 33 - 1 34 - 1 35 - 1 36 - 1 37 - 1 38 - 1 39 - 1 40 - 1 41 - 1 42 - 1 43 - 1 44 - 1 45 - 1 46 - 1 47 - 1 48 - 1 49 - 1 50 - 1 51 - 1 52 - 1 53 - 1 54 - 1 55 - 1 56 - 1 57 - 1 58 - 1 59 - 1 60 - 1 61 - 1 62 - 1 63 - 1 64 - 1 65 - 1 66 - 1 67 - 1 68 - 1 69 - 1 70 - 1 71 - 1 72 - 1 73 - 1 74 - 1 75 - 1 76 - 1 77 - 1 78 - 1 79 - 1 80 - 1 81 - 1 82 - 1 83 - 1 84 - 1 85 - 1 86 - 1 87 - 1 88 - 1 89 - 1 90 - 1 91 - 1 92 - 1 93 - 1 94 - 1 95 - 1 96 - 1 97 - 1 98 - 1 99 - 1 100 - 1

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

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617