

1 - Registro ANS 36146-1	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado)	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	7 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
------------------------------------	--	---	-----------	--	---

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira ____/____/____	11 - Nome	12 - Número do Contrato Nacional de Saúde
------------------------	-----------	---	-----------	---

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 E-Eletiva U-Urgência/Emergência	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.Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz.
1 -	_____	_____	_____	_____
2 -	_____	_____	_____	_____
3 -	_____	_____	_____	_____
4 -	_____	_____	_____	_____
5 -	_____	_____	_____	_____

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
---------------------------------------	-------------------------	---------	--	----------------	---------	----------------	----------	-----------------

41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S
---	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

Dados do Atendimento			47 - Indicação de Atendimento			48 - Tipo de Saída		
46-Tipo Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05- Exame 06-Atendimento Domiciliar 07- SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Atendimento 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1- Trânsito 2 - Outros			48 - Tipo de Saída 1- Retorno 2- Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito				

49 - Tipo de Doença A-Aguda C-Crônica	50 - Tempo de Doença A-Anos M-Meses D-Dias
--	---

Exames e Procedimentos em Série	
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 - ____/____/____	3 - ____/____/____	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____	9 - ____/____/____
	2 - ____/____/____	4 - ____/____/____	6 - ____/____/____	8 - ____/____/____	10 - ____/____/____

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
---------------------------------------	--	---	---

Legenda: Preenchimento obrigatório Preenchimento opcional

Observação: Para preenchimento dos campo (17, 20, 25, 32, 42, 54, 58, 59 e 45) deve ser consultada a tabela de domínio disponível para download no site da Celgmed www.celgmed.com.br e ANS www.ans.gov.br

