

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 Profissional 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 e Código CBO S	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21- Data/Hora da Solicitação	22- Caráter da Solicitação	23- CID 10	24- Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)		
	<input type="checkbox"/> E-Eletiva <input type="checkbox"/> U-Urgência/Emergência				

25-Tabela	26- Código do Procedimento	27- Descrição	28-Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

Dados do Contratado Executante					
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			
40a- Código na Operadora / CPF do exec. complementar	41- Nome do Profissional Executante/Complementar	42- Conselho Profissional	43- Número no Conselho	44- UF	45- Código CBO S
					45a- Grau de Participação

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

Consulta Referência	
49- Tipo de Doença	50- Tempo de Doença
<input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	<input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias

Procedimentos e Exames realizados						57-Qtde.	58-Via	59-Tec.	60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição						
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série					
1 -		3 -		5 -	
2 -		4 -		6 -	

64- Observação					

65- Total Procedimentos R\$	66- Total Taxas Alíquotas 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