

ASSISTÊNCIA MÉDICO - HOSPITALAR

Nº

|                                                                                                    |  |                                 |  |                                                   |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                                                                   |  | 3 - Nº Guia Principal           |  | 4 - Data da Autorização                           |  | 5-Senha                                                                                                |  | 6 - Data Validade da Senha                 |                                                                        | 7 - Data de Emissão da Guia             |  |
| 38.718-5                                                                                           |  |                                 |  |                                                   |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| Dados do Beneficiário                                                                              |  |                                 |  |                                                   |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| 8 - Número da Carteira                                                                             |  |                                 |  | 9- Plano<br>ÚNICO-APARTAMENTO                     |  | 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 - Caráter da Solicitação     |  | 23 - CID 10                                       |  | 24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
|                                                                                                    |  | E-Eletiva 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 Acidente                                                                             |  |                                            | 48- Tipo de Saída                                                      |                                         |  |
| 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               |  |                                            | 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros |                                         |  |
| 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               |  |                                            | 1 - Retorno SADT 2-Referência 3-Interação 4-Alta 5-Óbito               |                                         |  |
| Consulta Referência                                                                                |  |                                 |  |                                                   |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| 49 -Tipo de Doença                                                                                 |  | 50 -Tempo de Doença             |  |                                                   |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| A-Aguda C-Crônica                                                                                  |  | A-Anos M-Meses D-Dias           |  |                                                   |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| Procedimentos e Exames realizados                                                                  |  |                                 |  |                                                   |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| 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-                                                                                                 |  |                                 |  | a                                                 |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| 2-                                                                                                 |  |                                 |  | a                                                 |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| 3-                                                                                                 |  |                                 |  | a                                                 |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| 4-                                                                                                 |  |                                 |  | a                                                 |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| 5-                                                                                                 |  |                                 |  | a                                                 |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |
| 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                                                      |  |                                 |  |                                                   |  |                                                                                                        |  |                                            |                                                                        |                                         |  |

OPM Solicitados

| 72-Tabela | 73-Código do OPM | 74-Descrição OPM | 75-Qtde. | 76-Fabricante | 77- Valor Unitário R\$ |
|-----------|------------------|------------------|----------|---------------|------------------------|
| 1-        |                  |                  |          |               |                        |
| 2-        |                  |                  |          |               |                        |
| 3-        |                  |                  |          |               |                        |
| 4-        |                  |                  |          |               |                        |
| 5-        |                  |                  |          |               |                        |
| 6-        |                  |                  |          |               |                        |
| 7-        |                  |                  |          |               |                        |
| 8-        |                  |                  |          |               |                        |
| 9-        |                  |                  |          |               |                        |

OPM Utilizados

| 78-Tabela | 79-Código do OPM | 80-Descrição OPM | 81-Qtde. | 82- Código de Barras | 83- Valor Unitário R\$ | 84-Valor Total R\$ |
|-----------|------------------|------------------|----------|----------------------|------------------------|--------------------|
| 1-        |                  |                  |          |                      |                        |                    |
| 2-        |                  |                  |          |                      |                        |                    |
| 3-        |                  |                  |          |                      |                        |                    |
| 4-        |                  |                  |          |                      |                        |                    |
| 5-        |                  |                  |          |                      |                        |                    |
| 6-        |                  |                  |          |                      |                        |                    |
| 7-        |                  |                  |          |                      |                        |                    |
| 8-        |                  |                  |          |                      |                        |                    |
| 9-        |                  |                  |          |                      |                        |                    |

85- Total OPM R\$