

|                                   |                       |                         |         |                            |                             |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>335754</b> | 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<br><b>ASFEB SAÚDE</b> |
| 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) |
|   | <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 Acidente  |
| 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05- Exame 06-Atendimento Domiciliar<br>07- SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva | <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros |
| 48- Tipo de Saída   |   |
| <input type="checkbox"/> 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 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 |

| 51-Data        | 52-Hora Inicial | 53-Hora Final | 54-Tabela | 55-Código do Procedimento | 56-Descrição | 57-Qtd. | 58-Via | 59-Tec. 60% Red. / Acresc. | 61-Valor Unitário - R\$ | 62-Valor Total - R\$ |
|----------------|-----------------|---------------|-----------|---------------------------|--------------|---------|--------|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| 1-     /     / | :     a     :   | :     a     : |           |                           |              |         |        |                            |                         |                      |
| 2-     /     / | :     a     :   | :     a     : |           |                           |              |         |        |                            |                         |                      |
| 3-     /     / | :     a     :   | :     a     : |           |                           |              |         |        |                            |                         |                      |
| 4-     /     / | :     a     :   | :     a     : |           |                           |              |         |        |                            |                         |                      |
| 5-     /     / | :     a     :   | :     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\$**  
 \_\_\_\_\_