

1 - Registro ANS <b>ANS-32394-2</b>		3 - Nº Guia Principal (paciente Internado)		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 - 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 -																							
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			
41 - Nome do Profissional Executante/Complementar				42 - Conselho Profissional				43 - Número no Conselho				44 - UF		45 - Código CBO S									
Dados do Atendimento																							
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 Acidente 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													
Consulta Referência																							
49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica				50 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias																			
Procedimentos 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											

Av. Dr. José Grossi, 16 - Guarapiranga - CEP: 35430-213 - Ponte Nova - MG - Tel/Fax: (31) 3819-5017 / (31) 3819-5019  
e-mail:plamhag@gavazza.com.br - site: www.hospitalgavazza.com.br

**ATENÇÃO PARA AS CARÊNCIAS PREVISTAS NA CARTEIRA ASSISTENCIAL**