

☐ Incluir ☐ Alterar



GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 1 3 5 4 0 3 1 1	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 		
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira 	5 - Validade da Carteira 	6 - Atendimento a RN (Sim ou Não) 	
7 - Nome 		8 - Cartão Nacional de Saúde 	
Dados do Contratado			
9 - Código da Operadora 		10 - Nome do Contratado 	11 - Código CNES
12 - Nome do Profissional Executante 	13 - Conselho Profissional 	14 - Número no Conselho 	15 - UF
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 			
18 - Data do Atendimento 	19 - Tipo de Consulta 	20 - Tabela 	21 - Código do Procedimento
22 - Valor do Procedimento 			
23 - Observação / Justificativa 			
24 - Assinatura do Profissional Executante 		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	

Importante: Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.

 Incluir  Alterar



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 5 4 0 3 1		3 - Número da Guia Principal			
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	
				7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
				11 - Cartão Nacional de Saúde	
				12 - Atendimento a RN	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado			
15 - Nome do Contratado Executante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
				18 - UF	
				19 - Código CBO	
				20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Sem Assistencial		26 - Descrição	
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
				27 - Qtd. Sols.	
				28 - Qtd. Aut.	
29 - Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
				35 - Motivo da interrupção do Atendimento	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
				42 - Qtd.	
				43 - Via	
				44 - To	
				45 - Fator Red./Acresc.	
				46 - Valor Unitário (R\$)	
				47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Res.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
				51 - Nome do Profissional	
				52 - Conselho Profissional	
				53 - Número no Conselho	
				54 - UF	
				55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -		3 -		5 -	
2 -		4 -		6 -	
				7 -	
				8 -	
				9 -	
				10 -	
58 - Assinatura do Responsável		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Assinatura do Contratado	
61 - Total de Procedimentos (R\$)		62 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		63 - Total de Materiais (R\$)	
				64 - Total de OPMS (R\$)	
				65 - Total de Medicamentos (R\$)	
				66 - Total de Gases Médicos (R\$)	
				67 - Total Geral (R\$)	
68 - Assinatura do Responsável pelo Autorização		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado	

Importante: Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.

☐ Incluir ☐ Alterar



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 5 4 0 3 1		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora															
4 - Data da Autorização / /				5 - Senha										6 - Data de Validade da Senha / /			
Dados do Beneficiário																	
7 - Número da Carteira										8 - Validade da Carteira / /				9 - Atendimento de RN			
10 - Nome										11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante																	
12 - Código na Operadora								13 - Nome do Contratado									
14 - Nome do Profissional Solicitante								15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho				17 - UF		18 - Código CBO	
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação																	
19 - Código na Operadora / CNPJ								20 - Nome do Hospital/Local Solicitado						21 - Data sugerida para internação / /			
22 - Caráter do Atendimento		23 - Tipo de Internação		24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME				27 - Previsão de uso de quimioterápico					
28 - Indicação Clínica																	

Continua...



Incluire



Alterar

29-CID 10 Principal30 - CID 10 (2)31 - CID 10 (3)32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[illegible]

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
-----------	-----------------------------	----------------	-----------------	---------------

[illegible]

02- |

03- |

04- |

06- |

07- |

[illegible]

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diarias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

1 1 11 1 11 1 1 1

|| || || ||

1142 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278: 1019-1024.

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

1. *Journal of Management Studies*, 1990, 27, 1.

Importante: Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.

11

Alterar



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Gula no Prestador

[illegible]

Importante: Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.

10

14

Alterar



GUIA DE HONORÁRIOS

(Somente para pacientes internados)

2- N° Guia no Prestador

[illegible]

Importante: Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.

 Incluir  Alterar



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

[illegible]

Importante: Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.



Importante: Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 5 6 9 1	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	8 - Nome					
9 - Peso (Kg)	10 - Altura (Cm)	11 - Superfície Corporal (m²)	12 - Mãe	13 - Sexo		
Dados do Profissional Solicitante						
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Telefone	16 - E-mail			
Diagnóstico Oncológico						
17 - Data do diagnóstico	18 - CID 10 Principal	19 - CID 10 (2)	20 - CID 10 (3)	21 - CID 10 (4)		
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG	26 - Plano Terapêutico		
27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico		28 - Informações relevantes				
Medicamentos e Drogas solicitadas						
29 - Data Prevista para Administração	30 - Tabela	31 - Código do Medicamento	32 - Descrição	33 - Doses	34 - Via Adm	35 - Frequência
1- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
3- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
4- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
5- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
6- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
7- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
8- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Tratamentos Anteriores						
36 - Cirurgia						
37 - Data da Realização						
38 - Área Irradiada						
39 - Data de Aplicação						
40 - Observação / Justificativa						
41 - Número de Ciclos Previstos	42 - Ciclo Atual	43 - Intervalo entre Ciclos (em dias)	44 - Data da Solicitação	45 - Assinatura do Profissional Solicitante		46 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Importante: Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.

1 - Registro ANS 2 5 5 6 9 1		3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização		6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora											
Dados do Beneficiário																			
7 - Número da Carteira				8 - Nome				9 - Idade		10 - Sexo									
Dados do Profissional Solicitante																			
11 - Nome do Profissional Solicitante				12 - Telefone			13 - E-mail												
Diagnóstico Oncológico																			
14 - Data do diagnóstico		15 - CID 10 Principal		16 - CID 10 (2)		17 - CID 10 (3)		18 - CID 10 (4)		19 - Diagnóstico por Imagem		20 - Estadiamento		21 - ECOG		22 - Finalidade			
23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico				24 - Informações relevantes								Tratamentos Anteriores							
												25 - Cirurgia							
												26 - Data da Realização							
												27 - Quimioterapia							
												28 - Data da Aplicação							
Procedimentos Complementares																			
29 - Data Prevista		30 - Tabela		31 - Código do Procedimento		32 - Descrição		33 - Qtd.		29 - Data Prevista		30 - Tabela		31 - Código do Procedimento		32 - Descrição		33 - Qtd.	
34 - Número de Campos		35 - Dose por dia (em Gy)		36 - Dose Total (em Gy)		37 - Número de Dias		38 - Data Prevista para início de Administração		34 - Número de Campos		35 - Dose por dia (em Gy)		36 - Dose Total (em Gy)		37 - Número de Dias		38 - Data Prevista para início de Administração	
39 - Observação/Justificativa																			
40 - Data da Solicitação				41 - Assinatura do Profissional Solicitante				42 - Assinatura do Autorizador da Operadora											

Importante: Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.

[illegible]

importante. Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.



GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS [3 5 5 6 9 1]		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso []		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora []									
Dados do Contratado															
6 - Código na Operadora []		7 - Nome do Contratado													
Dados do recurso do protocolo															
8 - Número do Lote []		9 - Número do Protocolo []		10 - Código da Glosa do Protocolo []		11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo) []									
12 - Acatado []															
Dados do recurso da guia															
13 - Número da guia no prestador []		14 - Número da guia atribuído pela operadora []		15 - Senha []											
16 - Código da glosa da guia []		17 - Justificativa (no caso de recurso integral da guia) []					18 - Acatado []								
Dados do recurso do procedimento ou item assistencial															
19 - Data de realização 26 - Valor Recusado 28 - Valor Acatado		20 - Data final período 27 - Justificativa do Prestador 29 - Justificativa da Operadora		21 - Tabela		22 - Procedimento/Item assistencial		23 - Descrição		24 - Grau de Participação		25 - Código da glosa			
01- []		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
02- []		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
03- []		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
04- []		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
05- []		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
06- []		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
07- []		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
[]		[]		[]		[]		[]		[]		[]			
30 - Valor Total Recusado (R\$) []		31 - Valor Total Acatado (R\$) []						32 - Data do Recurso []		33 - Assinatura do Contratado []		34 - Data da Assinatura da Operadora []		35 - Assinatura da Operadora []	

Importante: Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.



GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS

02.515.16.914

Dados do Contratado

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 - Código CNES

6 - Nome do Profissional Executante

7 - Conselho Profissional

8 - Número no Conselho

9 - UF

10 - Código CBO

Beneficiários

11 - Data do atendimento	12 - Número da carteira	13 - Nome do Beneficiário	14 - Número da Guia Principal	15 - Assinatura
01- / /				
02- / /				
03- / /				
04- / /				
05- / /				
06- / /				
07- / /				
08- / /				
09- / /				
10- / /				
11- / /				
12- / /				
13- / /				
14- / /				
15- / /				
16- / /				
17- / /				
18- / /				
19- / /				
20- / /				
21- / /				
22- / /				
23- / /				
24- / /				
25- / /				

16 - Data

/ /

17 - Assinatura do Contratado

Importante: Todos os campos são de preenchimento obrigatório.