CASSI Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

1 - Registro ANS: ANS-nº34665-9

3 - Nº Guia de Solicitação / Senha

4 - Data de Emissão da Guia: __/__/__

DADOS DO BENEFICIÁRIO

5 - Número da Carteira

6 - Plano

7 - Validade da Carteira: __/__/__

8 - Nome

9 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO (ONDE FOI EXECUTADO O PROCEDIMENTO)

10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

11 - Nome do Contratado

12 - Código CNES

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

14 - Nome do Contratado Executante

15- Código CNES

16 - Tipo da Acomodação Autorizada

17-Grau Part.

18 - Nome do Profissional Executante

19 - Conselho Profissional

20 - Número no Conselho

21 - UF

22 - Número no CPF

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

23-Data	24-Hora Inicial	25-Hora Final	26-Tabela	27-Código do Procedimento	28-Descrição	29-Qtde.	30-Via	31-Tec.	32-% Red. / Acresc.	33-Valor Unitário - R$	34-Valor Total - R$
1- __/__/__	__:__	a __:__									
1- __/__/__	__:__	a __:__									
1- __/__/__	__:__	a __:__									
1- __/__/__	__:__	a __:__									
1- __/__/__	__:__	a __:__									
1- __/__/__	__:__	a __:__									
1- __/__/__	__:__	a __:__									
1- __/__/__	__:__	a __:__									
1- __/__/__	__:__	a __:__									
1- __/__/__	__:__	a __:__									

35 - Total Geral Honorários R$

36 - Observação

37-Data/Hora e Assinatura do Prestador: __/__/__

38-Data/Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: __/__/__

INSTRUÇÃO

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório.

CASSI Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

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

1 - Registro ANS: ANS-nº34665-9
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 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
40a - Código na Operadora / CNPJ / CPF do exec. com
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
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-		a									
2-		a									
3-		a									
4-		a									
5-		a									

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 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

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
ANS-nº 34665-9	__/__/__		__/__/__	__/__/__

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
		__/__/__

10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20- Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação	23-Tipo de Internação
E - Eletiva U - Urgência/Emergência	1- Clínica 2- Cirúrgia 3- Obstétrica 4- Pediátrica 5- Psiquiátrica

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diarias Solicitadas
1- Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	

26 - Indicação Clínica

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27-Tipo Doença	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicadação de Acidente
A - Aguda C - Crônica	- A-Anos M-Meses D-Dias	0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30-CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

	34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solict	38 - Qtde. Aut
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					

OPM SOLICITADOS

	39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM	42-Qtde.	43-Fabricante	44-Valor Unitário R$
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diarias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
__/__/__		

48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador autorizado	50 - Código CNES

51 - Observação

52-Data e Assinatura do Médico Solicitante	53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
__/__/__	__/__/__	__/__/__

INSTRUÇÃO

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório.