

1 - Registro ANS <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-weight: bold;">ANS - n° 38569-7</div>	3- N° Guia de Solicitação de Internação <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	4 - Senha <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
--	--	--	--

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	7 - Nome <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	8 - Atendimento a RN <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
---	---	---

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

9 - Código na Operadora <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	10 - Nome do Hospital/Local <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	11-Código CNES <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
--	--	---

Dados do Contratado Executante

12 - Código na Operadora <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	13 - Nome do Contratado <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	14 - Código CNES <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
---	--	---

Dados da internação

15 - Data do Início do Faturamento <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	16 - Data do Fim do Faturamento <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
---	--

Procedimentos Realizados

17-Data	18-Hora Inicial	19-Hora Final	20-Tabela 21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Qtde.	24-Via	25-Tec	26- Fator Red / Acresc	27-Valor Unitário - R\$	28-Valor Total - R\$
01-										
02-										
03-										
04-										
05-										
06-										
07-										
08-										
09-										
10-										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

29-Seq.Ref 30-Grau Part. 31-Código na Operadora/CPF	32-Nome Profissional	33-Conselho Profissional	34-Número do Conselho	35-UF	36-Código CBO
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

37 - Observação / Justificativa <input style="width: 95%; height: 80px;" type="text"/>	38- Valor total dos honorários <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
--	---

39 - Data de emissão <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	40 - Assinatura do Profissional Executante <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
---	---

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS

ANS - nº 38569-7

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 na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

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



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS - nº 38569-7	3 - Número da Guia Principal
--------------------------------------	------------------------------

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	-----------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica

24-Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES

Dados do Atendimento			
32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48-Seq.Ref	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 -										7 -										9 -									
2-										4 -										6 -										8 -										10 -									

58-Observação / Justificativa									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62- Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------