



GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2- Nº

1 - Registro ANS 31.723/3	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 ____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

35 - Total Geral Honorários R\$ _____
--

36 - Observação

37-Data/Hora e Assinatura do Prestador ____/____/____	38-Data/Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____
--	--

1 - Registro ANS 31.723/3	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	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
9- Plano	10 - Validade da Carteira
11 - Nome	

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 checked="" 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			47 - Indicação de Acidente		48- Tipo de Saída	
46-Tipo Atendimento <input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapias <input type="checkbox"/> 04 - Consulta <input type="checkbox"/> 05 - Exame <input type="checkbox"/> 06-Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 07- SADT Internado <input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia <input type="checkbox"/> 09-Radioterapia <input type="checkbox"/> 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva			<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros		<input type="checkbox"/> 1- Retorno <input type="checkbox"/> 2- Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3- Referência <input type="checkbox"/> 4- Internação <input type="checkbox"/> 5- Alta <input type="checkbox"/> 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

Procedimentos e Exames realizados											
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
---------------------------------------	--	---	---

