
 <b>FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DO BEC</b>		<b>GUIA DE CONSULTA</b>				2 - No.Guia
1 - Registro ANS <b>41.468-9</b>		3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____				
<b>Dados do Beneficiário</b>						
4 - Número da Carteira		5 - Plano			6 - Validade da Carteira	
7 - Nome					8 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
<b>Dados do Contratado</b>						
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		10 - Nome do Contratado				11 - Código CNES
12 - T.L.	13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento		16 - Município	17 - UF	18 - Código IBGE	19 - CEP
20 - Nome do Profissional Executante			21 - Conselho Profissional	22 - Número no Conselho	23 - UF	24 - Código CBO'S
<b>Hipóteses Diagnósticas</b>						
25 - Tipo de Doença  _ _  A-Aguda C-Crônica		26 - Tempo de Doença  _ _ _  -  _ _ _  A-Anos M-Meses D-Dias		27 - Indicação de Acidente  _ _  0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros		
28 - CID 10 Principal		29 - CID 10 (2)		30 - CID 10 (3)		31 - CID 10 (4)
<b>Dados do Atendimento / Procedimento Realizado</b>						
32 - Data do Atendimento ____/____/____		33 - Código Tabela		34 - Código Procedimento		
35 - Tipo de Consulta  _ _  1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal			36 - Tipo de Saída  _ _  1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta			
37 - Observação						
38 - Data e Assinatura do Prestador (*) ____/____/____				39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (**) ____/____/____		

(\*) Confirmando a realização dos serviços especificados nesta guia, da forma aqui apresentados e cobrados.

(\*\*) Confirmando a realização dos serviços especificados nesta guia, autorizo o pagamento do prestador de serviço, de acordo com as condições regulamentares ou contratuais ajustadas com o meu plano de saúde, e o desconto da co-participação/franquia a que estiver sujeito, e autorizo anexar a esta guia cópias do prontuário médico e de quaisquer outros documentos relativos a este atendimento, para possibilitar a análise pelo setor médico do plano de saúde.

 <b>FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DO BEC</b>		<b>GUIA DE CONSULTA</b>				2 - No.Guia
1 - Registro ANS <b>41.468-9</b>		3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____				
<b>Dados do Beneficiário</b>						
4 - Número da Carteira		5 - Plano			6 - Validade da Carteira	
7 - Nome					8 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
<b>Dados do Contratado</b>						
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		10 - Nome do Contratado				11 - Código CNES
12 - T.L.	13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento		16 - Município	17 - UF	18 - Código IBGE	19 - CEP
20 - Nome do Profissional Executante			21 - Conselho Profissional	22 - Número no Conselho	23 - UF	24 - Código CBO'S
<b>Hipóteses Diagnósticas</b>						
25 - Tipo de Doença  _ _  A-Aguda C-Crônica		26 - Tempo de Doença  _ _ _  -  _ _ _  A-Anos M-Meses D-Dias		27 - Indicação de Acidente  _ _  0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros		
28 - CID 10 Principal		29 - CID 10 (2)		30 - CID 10 (3)		31 - CID 10 (4)
<b>Dados do Atendimento / Procedimento Realizado</b>						
32 - Data do Atendimento ____/____/____		33 - Código Tabela		34 - Código Procedimento		
35 - Tipo de Consulta  _ _  1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal			36 - Tipo de Saída  _ _  1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta			
37 - Observação						
38 - Data e Assinatura do Prestador (*) ____/____/____				39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (**) ____/____/____		

(\*) Confirmando a realização dos serviços especificados nesta guia, da forma aqui apresentados e cobrados.

(\*\*) Confirmando a realização dos serviços especificados nesta guia, autorizo o pagamento do prestador de serviço, de acordo com as condições regulamentares ou contratuais ajustadas com o meu plano de saúde, e o desconto da co-participação/franquia a que estiver sujeito, e autorizo anexar a esta guia cópias do prontuário médico e de quaisquer outros documentos relativos a este atendimento, para possibilitar a análise pelo setor médico do plano de saúde.

<b>FAMED</b> FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DO BEC		<b>GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL</b>				2 - No. Guia			
1 - Registro ANS <b>41.468-9</b>		3 - No. Guia de Solicitação / Senha		4 - Data de Emissão da Guia					
<b>Dados do Beneficiário</b>									
5 - Número da Carteira			6 - Plano			7 - Validade da Carteira			
8 - Nome					9 - Número do Cartão Nacional de Saúde				
<b>Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)</b>									
10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF			11 - Nome do Contratado			12 - Código CNES			
<b>Dados do Contratado Executante</b>									
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF			14 - Nome do Contratado Executante			15 - Código CNES	16 - Tipo de Acomodação Autorizada		
17 - Grau Part.	18 - Nome do Profissional Executante			19 - Conselho Profissional	20 - Número no Conselho	21 - UF	22 - Número do CPF		
<b>Procedimentos Realizados</b>									
23 - Data	24 - Hora Inicial	25 - Hora Final	26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Via	30 - Tec. Red./Acresc.	31 - Valor Unitário R\$	32 - Valor Total R\$
1									
2									
3									
4									
5									
								35 - Total Geral Honorários R\$	
36 - Observação									
37 - Data e Assinatura do Prestador (*)				38 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (**)					

(\*) Confirmando a realização dos serviços especificados nesta guia, da forma aqui apresentados e cobrados.

(\*\*) Confirmando a realização dos serviços especificados nesta guia, autorizo o pagamento do prestador de serviço, de acordo com as condições regulamentares ou contratuais ajustadas com o meu plano de saúde, e o desconto da co-participação/franquia a que estiver sujeito, e autorizo anexar a esta guia cópias do prontuário médico e de quaisquer outros documentos relativos a este atendimento, para possibilitar a análise pelo setor médico do plano de saúde.

<b>FAMED</b> FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DO BEC		<b>GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL</b>				2 - No. Guia			
1 - Registro ANS <b>41.468-9</b>		3 - No. Guia de Solicitação / Senha		4 - Data de Emissão da Guia					
<b>Dados do Beneficiário</b>									
5 - Número da Carteira			6 - Plano			7 - Validade da Carteira			
8 - Nome					9 - Número do Cartão Nacional de Saúde				
<b>Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)</b>									
10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF			11 - Nome do Contratado			12 - Código CNES			
<b>Dados do Contratado Executante</b>									
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF			14 - Nome do Contratado Executante			15 - Código CNES	16 - Tipo de Acomodação Autorizada		
17 - Grau Part.	18 - Nome do Profissional Executante			19 - Conselho Profissional	20 - Número no Conselho	21 - UF	22 - Número do CPF		
<b>Procedimentos Realizados</b>									
23 - Data	24 - Hora Inicial	25 - Hora Final	26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Via	30 - Tec. Red./Acresc.	31 - Valor Unitário R\$	32 - Valor Total R\$
1									
2									
3									
4									
5									
								35 - Total Geral Honorários R\$	
36 - Observação									
37 - Data e Assinatura do Prestador (*)				38 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (**)					

(\*) Confirmando a realização dos serviços especificados nesta guia, da forma aqui apresentados e cobrados.

(\*\*) Confirmando a realização dos serviços especificados nesta guia, autorizo o pagamento do prestador de serviço, de acordo com as condições regulamentares ou contratuais ajustadas com o meu plano de saúde, e o desconto da co-participação/franquia a que estiver sujeito, e autorizo anexar a esta guia cópias do prontuário médico e de quaisquer outros documentos relativos a este atendimento, para possibilitar a análise pelo setor médico do plano de saúde.



## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - No.Guia

1 - Registro ANS <b>41.468-9</b>	3 - Data da Autorização / /	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha / /	6 - Data de Emissão da Guia / /
-------------------------------------	--------------------------------	-----------	-----------------------------------	------------------------------------

**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 <input type="checkbox"/> E-Eletiva <input type="checkbox"/> U-Urgência/Emergência	23 - Tipo da Internação <input type="checkbox"/> 1-Clinica <input type="checkbox"/> 2-Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3-Obstétrica <input type="checkbox"/> 4-Pediátrica <input type="checkbox"/> 5-Psiquiátrica
---	--

24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1-Hospitalar <input type="checkbox"/> 2-Hospital-Dia <input type="checkbox"/> 3-Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
--	--------------------------------

26 - Indicação Clínica
------------------------

**Hipóteses Diagnósticas**

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> A-Anos M-Meses D-Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1-Trânsito <input type="checkbox"/> 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 - Qt.Solic.	38 - Qt.Autor.
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. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de Acomodação Autorizada
--	--------------------------------	------------------------------------

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

51 - Observação
-----------------

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



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

2 - No Guia

1 - Registro ANS <b>41.468-9</b>	3 - No Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
-------------------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

<b>Dados do Beneficiário</b>					
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>						
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO'S

<b>Dados da Solicitação - Procedimentos e Exames Solicitados</b>			
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qt.Solic.	29 - Qt.Autor.
1				
2				
3				
4				
5				

<b>Dados do Contratado Executante</b>								
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T.L.	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Código 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 Part.		

<b>Dados do Atendimento</b>		
46 - Tipo de Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de Saída
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	1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito

<b>Consulta Referência</b>	
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
A-Aguda C-Crônica	A-Anos M-Meses D-Dias

<b>Procedimentos e Exames Realizados</b>											
51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtda.	58 - Via	59 - Tec.	60 - % Rec./Averesc.	61 - Valor Unitário R\$	62 - Valor Total R\$

1											
2											
3											
4											
5											

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\$
68 - Data e Assinatura do Solicitante	67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*)	88 - Data e Assinatura do Prestador Executante (**)	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante (**)		

(\*) Confirmando a realização dos serviços especificados nesta guia, autorizo o pagamento do prestador de serviço, de acordo com as condições regulamentares ou contratuais ajustadas com o meu plano de saúde, e o desconto de participação financeira a que estiver sujeito, e autorizo anexar a esta guia cópias do prontuário médico e de quaisquer outros documentos relativos a este atendimento, para possibilitar a análise pelo setor médico do plano de saúde.

(\*\*) Confirmando a realização dos serviços especificados nesta guia, da forma aqui apresentados e conatados.