



# GUIA DE CONSULTA

2 - Nº Guia no Prestador



1 - Registro ANS

3 2 6 3 0 5

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 HONORÁRIOS (Somente para pacientes internados)

2 - Nº Guia no Prestador



1 - Registro ANS  
**326305**

3 - Nº Guia de Solicitação de Internação

4 - Senha

5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

### Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira

7 - Nome

8 - Atendimento a RN

### Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Hospital/Local

11 - Código CNES

### Dados do Contratado Executante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Código CNES

### Dados da internação

15 - Data do Início do Faturamento

16 - Data do Fim do Faturamento

### 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-Seg. Ref	30-Grau Part.	31-Código na Operadora/CPF	32-Nome do Profissional	33-Conselho Profissional	34-Número no Conselho Profissional	35-UF	36-Código CBO

37 - Observação / Justificativa

38 - Valor total dos honorários

39 - Data de emissão

40 - Assinatura do Profissional Executante



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

2 - Nº Guia no Prestador



1 - Registro ANS **326305**      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 do 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 / Procedimento 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 Procedimento em Série      57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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