



2- Nº Guia no Prestador

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS

34.692-6

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 34.692-6	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-Qtda.	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	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 34.692-6		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 de Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RM			
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 - Qlde. Solic. 28 - Qlde. Aut.	
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNEB			
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 - Qlde.		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	
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7 -			
8 -			
9 -			
10 -			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -		3 -	
2 -		4 -	
5 -		7 -	
6 -		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			