

1 - Registro ANS <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-weight: bold;">ANS - nº 38569-7</div>	3- Nº Guia de Solicitação de Internação <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	4 - Senha <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
--	--	--	--

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	7 - Nome <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	8 - Atendimento a RN <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
---	---	---

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

9 - Código na Operadora <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	10 - Nome do Hospital/Local <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	11-Código CNES <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
--	--	---

Dados do Contratado Executante

12 - Código na Operadora <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	13 - Nome do Contratado <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	14 - Código CNES <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
---	--	---

Dados da internação

15 - Data do Início do Faturamento <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	16 - Data do Fim do Faturamento <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
---	--

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

37 - Observação / Justificativa <div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>	38- Valor total dos honorários <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
--	---

39 - Data de emissão <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	40 - Assinatura do Profissional Executante <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
---	---

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