

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

1 - Registro ANS <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-weight: bold;">ANS - n° 38569-7</div>	3- N° 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 ____/____/____

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 _____ _____ _____	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 3 5 9 1 2 2	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 no Conselho _____	18 - UF _____	19 - Código CBO _____	20 - Assinatura do Profissional Solicitante _____
--	-------------------------------------	----------------------------------	------------------	--------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento _____	22 - Data da Solicitação ____/____/____	23 - Indicação Clínica _____

24-Tabela	25- Código do Procedimento	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 _____
--	---	--