

| | |
|-------------------------------------|---|
| 1 - Registro ANS 31.723/3 | 3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____ |
|-------------------------------------|---|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---------------------------------|--------------------|--|
| 4 - Número da Carteira _____ | 5 - Plano _____ | 6 - Validade da Carteira ____/____/____ |
|---------------------------------|--------------------|--|

| | |
|-------------------|---|
| 7 - Nome _____ | 8 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____ |
|-------------------|---|

Dados do Contratado

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|
| 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 _____ |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|------------------|----------------------------|

Hipóteses Diagnósticas

| | | |
|--|---|---|
| 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 Principal _____ | 29 - CID (2) _____ | 30 - CID (3) _____ | 31 - CID (4) _____ |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------------|
| 32 - Data do Atendimento ____/____/____ | 33-Codigo 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 Médico ____/____/____ | 39-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____ |
|--|---|

Instruções Gerais:

- 1 - Este atendimento só é válido mediante apresentação da carteira do plano e de um documento que identifique o beneficiário.
- 2 - O Beneficiário, ao assinar esta guia, autoriza a FACHESF a solicitar a médicos e a hospitais que informem a CID, em campo próprio desta guia
- 3 - Os campos sombreados são de preenchimento opcional.
- 4 - Carteira com validade vencida não dá direito ao atendimento.

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| 1 - Registro ANS 31.723/3 | 3 - Nº Guia de Solicitação / Senha | 4 - Data de Emissão da Guia ____/____/____ |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|

Dados do Beneficiário

| | | |
|------------------------|-----------|--|
| 5 - Número da Carteira | 6 - Plano | 7 - Validade da Carteira ____/____/____ |
| 8 - Nome | | 9 - Número do Cartão Nacional de Saúde |

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------|
| 10 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 11 - Nome do Contratado | 12 - Código CNES |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------|

Dados do Contratado Executante

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|---------|--------------------|
| 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 no CPF |

Procedimentos Realizados

| 23-Data | 24-Hora Inicial | 25-Hora Final | 26-Tabela | 27-Código do Procedimento | 28-Descrição | 29-Qtd. | 30-Via | 31-Tec. | 32-% Red. / Acresc. | 33-Valor Unitário - R\$ | 34-Valor Total - R\$ |
|--------------------|-----------------|---------------|-----------|---------------------------|--------------|---------|--------|---------|---------------------|-------------------------|----------------------|
| 1- ____/____/____ | ____:____ | ____:____ | a | ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2- ____/____/____ | ____:____ | ____:____ | a | ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3- ____/____/____ | ____:____ | ____:____ | a | ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4- ____/____/____ | ____:____ | ____:____ | a | ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5- ____/____/____ | ____:____ | ____:____ | a | ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6- ____/____/____ | ____:____ | ____:____ | a | ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7- ____/____/____ | ____:____ | ____:____ | a | ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 8- ____/____/____ | ____:____ | ____:____ | a | ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 9- ____/____/____ | ____:____ | ____:____ | a | ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 10- ____/____/____ | ____:____ | ____:____ | a | ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

35 - Total Geral Honorários R\$

36 - Observação

| | |
|--|--|
| 37-Data/Hora e Assinatura do Prestador ____/____/____ | 38-Data/Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____ |
|--|--|

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS

41.468-9

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 CONSULTA

1 - Registro ANS

41.468-9

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