

Saúde



1-Registro ANS _____ 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-__/__/____	__:__	__:__	__	_____	_____	____	__	__	__.	_____.____	_____.____

IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(IS) EXECUTANTE(S)

29-Seq. 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 _____

39 - Data de Emissão _____ 40-Assinatura do Profissional Executante _____ 38-Valor Total dos Honorários _____

* Campos brancos preenchimento obrigatório.