



GUIA DE HONORÁRIOS

(Somente para pacientes internados)

2- Nº Guia no Prestador

| | | | |
|----------------------------|---|-----------|---|
| 1 - Registro ANS 342408 | 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- | | | | | | | | | | | |
| 09- | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | |

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 | 38 - Valor total dos honorários |
|---------------------------------|---------------------------------|

| | |
|----------------------|--|
| 39 - Data de emissão | 40 - Assinatura do Profissional Executante |
|----------------------|--|

ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR :

- 1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (não sombreados) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.
A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;
- 2- A solicitação de revisão glosas é de até 60 (sessenta) dias após a data do pagamento. Acima deste prazo, as glosas serão consideradas aceitas pelo credenciado

