grupo caberj

Sua saúde, nosso maior valor.

GUIA DE HONORÁRIOS

(Somente para pacientes internados)

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

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-	__/__/____	__:__	__:__	__	_____	_____	____	__	__	__,___	_____,__	_____,__
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
__/__/____	