



ANS nº 418170

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2- Nº

1 - Registro ANS _____	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 da 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-Qtde.	30-Via	31-Tec.	32-% Red. / Acresc.	33-Valor Unitário - R\$	34-Valor Total - R\$
1- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10- ____/____/____	____:____ a ____:____	____:____ a ____:____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

35 - Total Geral Honorários R\$

36 - Observação

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