

CONVÊNIO Saúde Baixa

GUIA DE HONORÁRIOS
(Somente para pacientes internados)



2.º Guia no Prestador Nº **45501**

1 - Registro ANS: _____
 3 - Nº Guia de Solicitação de Internação: _____
 4 - Semta: **010023**
 5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: _____

Dados do Beneficiário
 6 - Número da Carteira: **123456789012**
 7 - Nome: **Maria da Silva**
 8 - Atendimento a RN: _____

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)
 9 - Código na Operadora: _____
 10 - Nome do Hospital/Local: **Hospital mãe de Deus**
 11 - Código CNES: _____

Dados do Contratado Executante
 12 - Código na Operadora: **15140958151000175**
 13 - Nome do Contratado: **COOPMED-RS**
 14 - Código CNES: **7626819**

Dados da internação
 15 - Data do Início do Faturamento: **06/02/2018**
 16 - Data do Fim do Faturamento: **10/02/2018**

Procedimentos Realizados

17-Data	18-Hora Inicial	19-Hora Final	20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Qtde.	24-Via25-Tec	26-Fator Red /Acresc	27-Valor Unitário-R\$	28-Valor Total-R\$
01-06/02/2018	08:00	10:00		30914159	lipofadomectomia	01				
02-06/02/2018				31204470	tumor esveto per.	01				
03-06/02/2018										
04-06/02/2018										
05-06/02/2018										
06-06/02/2018										
07-06/02/2018										
08-06/02/2018										
09-06/02/2018										
10-06/02/2018										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

29-Seg. Ref	30-Grup. Part.	31-Código na Operadora/CPE	32-Nome do Profissional	33-Conselho Profissional	34-Número no Conselho	35-UF	36-Código CBO
	00		Roberto Geiss Koch	016	20726	RS	225290
	01		Maria da Silva	016	00001	RS	225290
	02		Geis de Souza	016	00002	RS	225290
				016		RS	
				016		RS	

37-Observação / Justificativa: **DI: 06/02/18**
DA: 10/02/18
 * verificar direcionamento cirúrgico
 * acomodação: apartamento

39-Data de emissão: **06/02/2018**
 40 - Assinatura do Profissional Executante: **assinatura e carimbo do/dos médicos**

33- Valor total dos honorários: _____