

2-Nº

Para preenchimento dos campos sombreados, consultar o Manual de Orientação ao Prestador.

1-Registro ANS	3-Nº Guia da Solicitação / Senha	4-Data de Emissão da Guia
----------------	----------------------------------	---------------------------

<b>Dados do Beneficiário</b>		7-Validade da Carteira
5-Número da Carteira	6-Plano	

8-Nome	9-Número do Cartão Nacional de Saúde
--------	--------------------------------------

<b>Dados do Contratado (para fins de registro de procedimento)</b>		12-Código CNES
10-Código na Operadora	11-Nome do Contratado	

<b>Dados do Contratado Excludente</b>		15-Código CNES	16-Tipo da Acomodação Autorizada
13-Código na Operadora/CNPJ/CPF	14-Nome do Contratado Executante		

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./Acres. (%)	33-Valor Unitário (R\$)	34-Valor Total (R\$)		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
													35-Total Geral Honorários R\$	

36-Observação

---



---



---

37- Prestador	38-Beneficiário ou Responsável
Data	Data
Hora	Hora
Assinatura	Assinatura