SANTA CASA SAÚDE PIRACICABA

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2 – Nº

1-Registro ANS	3 – Nº Guia de Solicitação / Senha	4 – Data de Emissão da Guia
ANS nº 354562		__/__/____

Dados do Beneficiário

5 – Número da Carteira	6 – Plano	7 – Validade da Carteira
		__/__/____

Dados do contrato (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 do 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./Acrresc.	33 - Valor Unitário – R$	15-Valor Total – R$
1-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	__	__	__	__,__	__,__	__,__
2-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	__	__	__	__,__	__,__	__,__
3-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	__	__	__	__,__	__,__	__,__
4-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	__	__	__	__,__	__,__	__,__
5-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	__	__	__	__,__	__,__	__,__
6-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	__	__	__	__,__	__,__	__,__
7-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	__	__	__	__,__	__,__	__,__
8-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	__	__	__	__,__	__,__	__,__
9-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	__	__	__	__,__	__,__	__,__
10-	__/__/____	__:__	a __:__	__	_____	_____	__	__	__	__,__	__,__	__,__

35 – Total Aluguéis R$ __,__

36 - Observação

37 – Data / Hora e Assinatura do Prestador	38 – Data / Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
__/__/____ __:__	__/__/____ __:__