são francisco
CLÍNICAS

# GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2- Nº

| 1 - Registro ANS | 3 - Nº Guia de Solicitação | 4 - Data de Emissão da Guia |
|---|---|---|
| 319147 | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| |

**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 | \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 2- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a | \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 3- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a | \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 4- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a | \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 5- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a | \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 6- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a | \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 7- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a | \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 8- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a | \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 9- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a | \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 10- | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| | \|__\|__\|:\|__\|__\| | a | \|__\|__\|:\|__\|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\| | \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |

| 35 - Total Geral Honorários R$ |
|---|
| \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |

| 36 - Observação |
|---|
| |

| 37-Data/Hora e Assinatura do Prestador | 38-Data/Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
|---|---|
| \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| | \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| |