

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 -Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24-Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											

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

48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1-

3 -

5 -

7 -

9 -

2-

4 -

6 -

8 -

10 -

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62- Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome

Dados do Profissional Solicitante

9- Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone 	11 - E-mail
-------------------------------------	---	-------------

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica	
----------------------------	--

OPME Solicitadas

13- Tabela	14- Código do Material	15- Descrição	16- Opção	17- Qtde. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtde. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado
21- Registro ANVISA do Material	22- Referência do material no fabricante		23- Nº Autorização de Funcionamento				
01-							
02-							
03-							
04-							
05-							
06-							

24 - Especificação do Material

25- Observação / Justificativa

[illegible]

Medicamentos e Drogas solicitadas						Tratamentos Anteriores
29-Data Prevista para Administração	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Frequência
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
40- Número de Ciclos Previstos 41 - Ciclo Atual 42-Intervalo entre Ciclos (em dias) 43 - Data da Solicitação 44-Assinatura do Profissional Solicitante						36- Cirurgia 37 - Data da Realização 38 - Área Irrradiada 39 - Data da Aplicação 45-Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome	9 - Idade	10 - Sexo

Dados do Profissional Solicitante

11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Telefone 	13 - E-mail
---------------------------------------	--	-------------

Diagnóstico Oncológico

14 - Data do diagnóstico	15 - CID 10 Principal	16 - CID 10 (2)	17 - CID 10 (3)	18 - CID 10 (4)	19 - Diagnóstico por Imagem	20 - Estadiamento	21 - ECOG	22 - Finalidade
____ / ____ / _____	_____	_____	_____	_____	[]	[]	[]	[]

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	24 - Informações relevantes	Tratamentos Anteriores 25 - Cirurgia 26 - Data da Realização 27 - Quimioterapia 28 - Data da Aplicação
---	---	--

Procedimientos Complementares

[illegible]

34 - Número de Campos	35 - Dose por dia (em Gy)	36 - Dose Total (em Gy)	37 - Número de Dias	38 - Data Prevista para Inicio da Administração
				/ /

39 - Data da Solicitação		41-Assinatura do Autorizador da Operadora
/ /	40-Assinatura do Profissional Solicitante	

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

____/____/____

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

____/____/____

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

____/____/____

9-Atendimento de RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho
Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

____/____/____

22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29-CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	_____	_____	_____	_____
02-	_____	_____	_____	_____
03-	_____	_____	_____	_____
04-	_____	_____	_____	_____
05-	_____	_____	_____	_____
06-	_____	_____	_____	_____
07-	_____	_____	_____	_____
08-	_____	_____	_____	_____
09-	_____	_____	_____	_____
10-	_____	_____	_____	_____
11-	_____	_____	_____	_____
12-	_____	_____	_____	_____

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

____/____/____

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

____/____/____

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS

3 – Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Conselho Profissional

13 - Número no Conselho

14 – UF

15 - Código CBO

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

17 – Tipo da Acomodação Solicitada

18 - Indicação Clínica

Procedimentos Adicionais Solicitados

19-Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde Solic	23 – Qtde Aut
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Ceará

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7- Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10- Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12-Atendimento a RN

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNES

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento

17 - Tipo de Faturamento

18- Data do Início do Faturamento

19- Hora do Início do Faturamento

20- Data do Fim do Faturamento

21- Hora do Fim do Faturamento

22- Tipo de Internação

23- Regime de Internação

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 (2)

26 - CID 10 (3)

27 - CID 10 (4)

28 - Indicação de Acidente
(acidente ou doença relacionada)

29 - Motivo de Encerramento da Internação

30-Número da declaração de nascido vivo

31 - CID 10 Óbito

32 - Numero da declaração de óbito

33 -Indicador D.O. de RN

Procedimentos e Exames Realizados

34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Téc	43-Fator Red/Acresc	44-Valor Unitário (R\$)	45-Valor Total (R\$)
01-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											
09-											
10-											

Identificação da Equipe

46-Seq.Ref	47-Grau Part.	48-Código na Operadora/CPF	49-Nome do Profissional	50-Conselho Profissional	51-Número no Conselho	52-UF	53-Código CBO

54 - Total de Procedimentos (R\$)

55 - Total de Diárias (R\$)

56 - Total de Taxase Aluguéis (R\$)

57 - Total de Materiais (R\$)

58 - Total de OPME (R\$)

59 - Total de Medicamentos (R\$)

60 - Total de Gases Medicinais (R\$)

61 - Total Geral (R\$)

62- Data da assinatura do contratado

63- Assinatura do contratado

64-Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

65 – Observações / Justificativa

Procedimentos e Exames Realizados (continuação)[illegible]

Identificação da Equipe (Continuação)

[illegible]

65 - Observação / Justificativa

37 - Data de emissão 	38 - Assinatura do Profissional Executante
--	--

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 - Código CNES

Despesas Realizadas

6-CD 17-Registro ANVISA do Material	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14- Fator Red.. / Acresc	15-Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total – R\$
01-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
02-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
03-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
04-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
05-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
06-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
07-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
08-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
09-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										
10-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20-Descrição _____										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)

22 - Total de Medicamentos (R\$)

23 - Total de Materiais (R\$)

24 - Total de OPME (R\$)

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

26 - Total de Diárias (R\$)

27 - Total Geral (R\$)

[illegible]

Dados do Contratado

Dados do recurso do protocolo

Dados do recurso da guia

Dados do recurso do procedimento ou item assistencial

30 - Data do Recurso	31 - Assinatura do Contratado	32 - Data da Assinatura da Operadora	33 - Assinatura da Operadora
/ /		// //	

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - CNPJ Operadora	5-Data de Emissão

Dados do Prestador

6 - Código na Operadora	7- Nome do Contratado	8-Código CNES

Dados do Pagamento

9 - Data do Pagamento	10-Forma de Pagamento	11-Banco	12-Agência	13-Conta
____/____/_____	___	_____	_____	_____

Dados do Resumo

[illegible]**Valores Totais do Demonstrativo - Bruto**

21 - Valor Total Informado (R\$) (somatório do campo 17)	22 - Valor Total Processado(R\$) (somatório do campo 18)	23 - Valor Total Liberado (R\$) (somatório do campo 19)	24 - Valor Total Glosa (R\$) (somatório do campo 20)
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

Demais débitos / créditos

[illegible]**Valores Totais do Demonstrativo - Líquido**[illegible]

32 – Observação / Justificativa

[illegible]

[illegible]

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10- Empresa	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde
_____			____/____/____	_____

13 - Nome	14 - Telefone ()) 	15 - Nome do titular do plano	16 -Atendimento a RN
------------------	---	--------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

[illegible]

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
_____		_____	____	_____

[illegible]

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48 – Observação / Justificativa

49-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ____/____/____	50-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista ____/____/____	52- Assinatura do Cirurgião-Dentista
---	---	--	--------------------------------------

53-Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	54-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55- Data do carimbo da empresa

**ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
SITUAÇÃO INICIAL**

2- N° Guia no Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal de Tratamento Odontológico

4 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Nome

6 - Número da Carteira

Situação Inicial

Situação inicial																
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Situação inicial																

LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

8 - SITUAÇÃO INICIAL:

A - Ausente
E - Extração Indicada
H - Hígido
C - Cariado
R - Restaurado

9 - Sinais clínicos de doença periodontal?

☐ Sim ☐ Não

10 - Alteração dos tecidos moles?

☐ Sim ☐ Não

11 - Observação / Justificativa

12 - Local e Data

____/____/____

13 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

16 - Local, Data e Carimbo da Empresa

14 - Local e Data

____/____/____

15 - Assinatura do Beneficiário / Responsável

____/____/____

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora

4 - CNPJ Operadora

5 - Data de Início do Processamento

6 - Data de Fim do Processamento

Dados do Prestador

7 - Código na Operadora

8- Nome do Contratado

9 - CPF / CNPJ Contratado

Dados do Pagamento

10 - Data do Pagamento

11-Banco

12-Agência

13-Conta

14-Número do lote

15-Número do Protocolo

16-Número da guia no prestador

17 - Número da Carteira

18 - Nome do Beneficiário

19-Tabela	20- Código do Procedimento 29- Valor Franquia(R\$)	21 - Descrição 30-Valor Liberado (R\$)	22-Dente/Região 31-Código da Glosa	23-Face	24-Data de Realização	25-Qtde	26-Valor Informado(R\$)	27-Valor Processado (R\$)	28-Valor Glosa/Estorno (R\$)
01-									
02-									
03-									
04-									
05-									
06-									

32-Observação / Justificativa

Total da Guia

33- Valor Total Informado Guia (R\$)

34 - Valor Total Processado Guia (R\$)

35 - Valor Total Glosa Guia (R\$)

36 - Valor Total Franquia Guia (R\$)

37 - Valor Total Liberado Guia (R\$)

Total do Protocolo

38 - Valor Total Informado Protocolo (R\$)

39 - Valor Total Processado Protocolo (R\$)

40 - Valor Total Glosa Protocolo (R\$)

41 - Valor Total Franquia Protocolo (R\$)

42 - Valor Total Liberado Protocolo (R\$)

Demais débitos / créditos

43-Indicação	44-Código do débito/crédito	45-Descrição do débito/crédito	46-Valor

Demais débitos / créditos não tributáveis

47-Indicação	48-Código do débito/crédito	49-Descrição do débito/crédito	50-Valor

Impostos

51-Indicação	52-Código do débito/crédito	53-Descrição do débito/crédito	54-Valor

Totais

55 - Valor Total Tributável (R\$)

56- Valor Total Impostos Retidos (R\$)

57 - Valor Total Não Tributável (R\$)

58 - Valor Final a Receber (R\$)

59 - Observação

33- Data do recurso	34 - Assinatura do Prestador	35 - Data da Assinatura da Operadora	36 - Assinatura da Operadora

**GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL**

2 - Nº Guia Prestador **12345678901234567890**

1 - Registro ANS

Dados do Contratado

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 - Código CNES

6 - Nome do Profissional Executante

7 - Conselho Profissio

[illegible]

9 - UF	
--------	--

10 - Código CBO	_____
------------------------	-------

Beneficiários

[illegible]

16-Data _____

17- Assinatura do Contratado
