



OPERADORA UNIESTE DE PLANOS DE SAÚDE

1 - Registro ANS

ANS - n.º 35451-1

3 - Data de Emissão da Guia

2 - Nº

GUIA DE CONSULTA

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano

6 - Validade da Carteira

7 - Nome

8 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - T.L

13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento

16 - Município

17 - UF

18 - Código IBGE

19 - CEP

20 - Nome do Profissional Executante

21 - Conselho Profissional

22 - Número no Conselho

23 - UF

24 - Código CBO S

Hipóteses Diagnósticas

25 - Tipo de Doença

☐ A-Aguda C-Crônica

26 - Tempo de Doença

☐ - ☐ A-Anos M-Meses D-Dias

27 - Indicação de Acidente

☐ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

28 - CID Principal

29 - CID (2)

30 - CID (3)

31 - CID (4)

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

32 - Data do Atendimento

33 - Código Tabela

34 - Código Procedimento

35 - Tipo de Consulta

☐ 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal

36 - Tipo de Saída

☐ 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta

37 - Observação

38 - Data e Assinatura do Médico

____/____/____

39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

____/____/____

GC

OPERADORA UNIESTE DE PLANOS DE SAÚDE

1 - Registro ANS ANS - n.º 35451-1	3 - Nº Guia de Solicitação / Senha	4 - Data de Emissão da Guia
---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------

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 de 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 :	: a :									
2- / /	: a :	: a :									
3- / /	: a :	: a :									
4- / /	: a :	: a :									
5- / /	: a :	: a :									
6- / /	: a :	: a :									
7- / /	: a :	: a :									
8- / /	: a :	: a :									
9- / /	: a :	: a :									
10- / /	: a :	: a :									

35 - Total Geral Honorários R\$

36 - Observação

37 - Data / Hora e Assinatura do Prestador

38 - Data / Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
--------------------------------------	------------------------	-----------------

Código de Despesas Realizadas	CD = 1- Gases Medicinais	2- Medicamentos	3- Materiais	4- Taxas Diversas	5- Diárias	6- Aluguéis
-------------------------------	--------------------------	-----------------	--------------	-------------------	------------	-------------

6 - CD		7 - Data		8 - Hora Inicial		9 - Hora Final		10 - Tabela		11 - Código do Item		12 - Qtde.		13 - % Red. / Acresc.		14 - Valor Unitário - R\$		15 - Valor Total - R\$	
1-																			
16 - Descrição																			
2-																			
16 - Descrição																			
3-																			
16 - Descrição																			
4-																			
16 - Descrição																			
5-																			
16 - Descrição																			
6-																			
16 - Descrição																			
7-																			
16 - Descrição																			
8-																			
16 - Descrição																			
9-																			
16 - Descrição																			
10-																			
16 - Descrição																			
11-																			
16 - Descrição																			
12-																			
16 - Descrição																			
13-																			
16 - Descrição																			

17 - Total Gases Medicinais R\$	18 - Total Medicamentos R\$	19 - Total Materiais R\$	20 - Total Taxas Diversas R\$	21 - Total Diárias R\$	22 - Total Aluguéis R\$	23 - Total Geral R\$

OPERADORA UNIESTE DE PLANOS DE SAÚDE

1 - Registro ANS ANS - n.º 35451-1	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário

[illegible]

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora / CNPJ													14 - Nome do Contratado													15 - Código CNES																					
16 - T.L.													17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento													20 - Município													21 - UF			22 - Cód. IBGE			23 - CEP		

Dados da Internacão

24 - Caráter da Internação ☐ E - Eletiva ☒ U - Urgência/Emergência	25 - Tipo Acomodação Autorizada ☐ ☐ ☐	26 - Data/Hora da Internação ____ / ____ / ____ : ____ : ____ : ____	27 - Data/Hora da Saída Internação ____ / ____ / ____ : ____ : ____ : ____	28 - Tipo Internação ☐ 1- Clínica 2- Cirúrgica 3- Obstétrica 4- Pediátrica 5- Psiquiátrica	29 - Regime de Internação ☐ 1- Hospitalar 2- Hospital-dia 3- Domiciliar
---	--	--	--	---	--

30 - Interação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X")

☐ - Em gestação ☐ - Aborto ☐ - Transtorno materno relacionado a gravidez ☐ - Complic. Puerpério ☐ - Atend. ao RN na sala de parto ☐ - Complicação Neonatal ☐ - Bx. Peso < 2,5 Kg ☐ - Parto Cesáreo ☐ - Parto Normal

31 - Se óbito em mulher	32 - Se óbito neonatal	33 - Nº Decl. Nasc. Vivos	34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo	35 - Qtde. Nasc. Mortos	36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro
☐ 1- Grávida ☐ 2- até 42 dias após término gestação ☐ 3- de 43 dias a 12 meses após término gestação	☐ - Qtde. óbito neonatal precoce ☐ - Qtde. óbito neonatal tardio				

Dados da Internação

37 - CID 10 Principal	38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	41 - Indicador de Acidente ☐ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros ☐ ☐ ☐	42 - Motivo Saida ☐ ☐ ☐	43 - CID 10 Óbito	44 - Nº Declaração de Óbito
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------	---	---	-------------------	-----------------------------

Procedimentos e Exames Realizados

45 - Data	46 - Hora Inicial	47 - Hora Final	48 - Tabela	49 - Código do Procedimento	50 - Descrição	51 - Qtde.	52 - Via	53 - Tec.	54 - % Red. / Acres.	55 - Valor Unitário - R\$	56 - Valor Total - R\$
1- / /	: a :	: a :			_____						
2- / /	: a :	: a :			_____						
3- / /	: a :	: a :			_____						
4- / /	: a :	: a :			_____						
5- / /	: a :	: a :			_____						

Identificação da Equipe

[illegible]

73 - Tipo Faturamento R\$	74 - Total Procedimentos R\$	75 - Total Diárias R\$	76 - Total Taxas e Aluguéis R\$	77 - Total Materiais R\$	78 - Total Medicamentos R\$	79 - Total Gases Medicinais R\$	80 - Total Geral R\$
Total - Parcial							

82 - Data e Assinatura do Contratado ____/____/____	83 - Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora ____/____/____
--	---

Procedimentos e Exames Realizados (Continuação)

[illegible]

Identificação da Equipe (Continuação)

[illegible]

OPM Utilizados

65 - Tabela	66 - Código do OPM	67 - Descrição OPM	68 - Qtde.	69 - Código de Barras	70 - Valor Unitário R\$	71 - Valor Total R\$
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						

[illegible]

81 - Observação

OPERADORA UNIESTE DE PLANOS DE SAÚDE

1 - Registro ANS ANS - n.º 35451-1	3 - Nº Guia Profissional 	4 - Data da Autorização / /	5 - Senha 	6 - Data Validade da Senha / /	7 - Data de Emissão da Guia / /	2- Nº
---------------------------------------	------------------------------	--	---------------	---	--	-------

Dados do Beneficiário

[illegible]

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO S
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
	☐ E- Eletiva ☐ U- Urgência/Emergência		

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Autoriz.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante

[illegible]

Dados do Atendimento

46 - Tipo Atendimento ☐ 01 - Remoção ☐ 02 - Pequena Cirurgia ☐ 03 - Terapias ☐ 04 - Consulta ☐ 05 - Exame ☐ 06 - Atendimento Domiciliar ☐ 07 - SADT Internado ☐ 08 - Quimioterapia ☐ 09 - Radioterapia ☐ 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva		47 - Indicação de Acidente ☐ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros		48 - Tipo de Saída ☐ 1 - Retorno ☐ 2 - Retorno SADT ☐ 3 - Referência ☐ 4 - Internação ☐ 5 - Alta ☐ 6 - Óbito	
---	--	---	--	--	--

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
A - Aguda C - Crônica	- A - Anos M - Meses D - Dias

Procedimientos Realizados

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtde.	58 - Vía	59 - Tec.	60 - % Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1- / /	: a :								:	:	:
2- / /	: a :								:	:	:
3- / /	: a :								:	:	:
4- / /	: a :								:	:	:
5- / /	: a :								:	:	:

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1- | | | | | | | | _____ 3- | | | | | | | | _____ 5- | | | | | | | | _____ 7- | | | | | | | | _____ 9- | | | | | | | | _____

2- | | | | | | | | _____ 4- | | | | | | | | _____ 6- | | | | | | | | _____ 8- | | | | | | | | _____ 10- | | | | | | | | _____

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$

86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

OPM Solicitados						
72 - Tabela	73 - Código do OPM	74 - Descrição OPM	75 - Qtde.	76 - Fabricante	77 - Valor Unitário R\$	
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
OPM Utilizados						
78 - Tabela	79 - Código do OPM	80 - Descrição OPM	81 - Qtde.	82 - Código de Barras	83 - Valor Unitário R\$	84 - Valor Total R\$
1-						
1-						
1-						
1-						
1-						
1-						
1-						
1-						
1-						
1-						
85 - Total OPM R\$						

SP/SADT



COMPROVANTE DE
ENTREGA DE REMESSA

CER

Nº

Prestador de Serviços

Código

Nome

Entrega

Mês

Ano

Endereço

Logradouro

Bairro

Município

UF

CEP

Telefones de Contato

Tipos de Guias	Quant. de Guias	Valor R\$
Consulta		
Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT		
Solicitação de Internação		
Resumo de Internação		
Honorário Individual		
Outras Despesas		
Serviços Odontológicos		
Totais		

E-mail do prestador

Data

/ /

Assinatura do Prestador