

# GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2- Nº

Preenchimento Obrigatório  
 Preenchimento Facultativo

1 - Registro ANS <b>34480-0</b>	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 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		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 ____/____/____
--	--