Unimed Fortaleza

# GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2- Nº

| 1 - Registro ANS | 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 | | 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 |
|---|---|
| \|___\|___\| / \|___\|___\| / \|___\|___\| | \|___\|___\| / \|___\|___\| / \|___\|___\| |