



R. Erasmo Braga, 1175 - Jardim Chapadão,
Campinas - SP, CEP: 13070-147
e-mail: credenciamento@gocaresaude.com.br
SAC: 0800 777-0161

GUIA DE HONORÁRIOS
(Somente para pacientes internados)

2- Nº Guia no Prestador

| | | | |
|---|--|------------------|--|
| 1 - Registro ANS ANS - nº 42268-1 | 3- Nº Guia de Solicitação de Internação | 4 - Senha | 5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|--|------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|-------------------------------|-----------------|-----------------------------|
| 6 - Número da Carteira | 7 - Nome | 8 - Atendimento a RN |
|-------------------------------|-----------------|-----------------------------|

Dados do Contratado (onde foi executado o procedimento)

| | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| 9 - Código na Operadora | 10 - Nome do Hospital/Local | 11-Código CNES |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------|

Dados do Contratado Executante

| | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 12 - Código na Operadora | 13 - Nome do Contratado | 14 - Código CNES |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------|

Dados da internação

| | |
|---|--|
| 15 - Data do Início do Faturamento | 16 - Data do Fim do Faturamento |
|---|--|

Procedimentos Realizados

| 17-Data | 18-Hora Inicial | 19-Hora Final | 20-Tabela | 21-Código do Procedimento | 22-Descrição | 23-Qtde. | 24-Via | 25-Tec | 26- Fator Red / Acresc | 27-Valor Unitário - R\$ | 28-Valor Total - R\$ |
|---------|-----------------|---------------|-----------|---------------------------|--------------|----------|--------|--------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 01- | | | | | | | | | | | |
| 02- | | | | | | | | | | | |
| 03- | | | | | | | | | | | |
| 04- | | | | | | | | | | | |
| 05- | | | | | | | | | | | |
| 06- | | | | | | | | | | | |
| 07- | | | | | | | | | | | |
| 08- | | | | | | | | | | | |
| 09- | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | |

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

| 29-Seq.Ref | 30-Grau Part. | 31-Código na Operadora/CPF | 32-Nome do Profissional | 33-Conselho Profissional | 34-Número no Conselho | 35-UF | 36-Código CBO |
|------------|---------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|-------|---------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 37- Observação / Justificativa | 38- Valor total dos honorários |
|---------------------------------------|---------------------------------------|

| | |
|-----------------------------|---|
| 39 - Data de emissão | 40 - Assinatura do Profissional Executante |
|-----------------------------|---|