

CAIXA DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA E SERVIÇOS DE SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE PASSO FUNDO

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											
1- 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	34-Valor Total
2- 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	34-Valor Total
3- 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	34-Valor Total
4- 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	34-Valor Total
5- 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	34-Valor Total

35 - Total Geral Honorários R\$
---------------------------------

36 - Observação
-----------------

37-Data/Hora e Assinatura do Prestador	38-Data/Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--