Unimed Sobral

GUIA DE CONSULTA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 – Atendimento a RN (Sim ou Não)

7 – Nome

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9- Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - Nome do Profissional Executante

13 - Conselho Profissional

14 - Número no Conselho

15 - UF

16 - Código CBO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela

21 - Código do Procedimento

22 - Valor do Procedimento

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Unimed Sobral

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 – Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 -Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 – UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

	24-Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R$)	47-Valor Total (R$)
1-	/ /	:	:							,	,	,
2-	/ /	:	:							,	,	,
3-	/ /	:	:							,	,	,
4-	/ /	:	:							,	,	,
5-	/ /	:	:							,	,	,

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

48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /

2- / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$) ,

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$) ,

61 - Total de Materiais (R$) ,

62- Total de OPME (R$) ,

63 - Total de Medicamentos (R$) ,

64 - Total de Gases Medicinais (R$) ,

65 - Total Geral (R$) ,

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Unimed Sobral

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
			/ /	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome

Dados do Profissional Solicitante

9- Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail
	(( )) -	

Dados da Cirurgia

12 – Justificativa Técnica

OPME Solicitadas

	13-Tabela	14-Código do Material	15-Descrição	16-Opção	17- Qtde. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtde. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado
	21-Registro ANVISA do Material		22-Referência do material no fabricante	23-Nº Autorização de Funcionamento				
01-						,		,
02-						,		,
03-						,		,
04-						,		,
05-						,		,
06-						,		,

24 - Especificação do Material

25- Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação	27- Assinatura do Profissional Solicitante	28- Assinatura do Responsável pela Autorização
/ /		

Unimed Sobral

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Referenciada

4 - Senha

5 - Data da Autorização

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

9 - Peso (Kg)

10 - Altura (Cm)

11 - Superfície Corporal (m²)

12 - Idade

13 - Sexo

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Telefone

16 - E-mail

Diagnóstico Oncológico

17 - Data do diagnóstico

18 - CID 10 Principal

19 - CID 10 (2)

20 - CID 10 (3)

21 - CID 10 (4)

26 - PlanoTerapêutico

22 – Estadiamento

23 - Tipo de Quimioterapia

24 - Finalidade

25 - ECOG

27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

28 – Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

	29-Data Prevista para Administração	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Frequência
1-	/ /				,		
2-	/ /				,		
3-	/ /				,		
4-	/ /				,		
5-	/ /				,		
6-	/ /				,		
7-	/ /				,		
8-	/ /				,		

Tratamentos Anteriores

36- Cirurgia

37 - Data da Realização

38 - Área Irradiada

39 - Data da Aplicação

40- Número de Ciclos Previstos

41 - Ciclo Atual

42-Intervalo entre Ciclos (em dias)

43 - Data da Solicitação

44-Assinatura do Profissional Solicitante

45-Assinatura do Responsável pela Autorização

Unimed Sobral

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Referenciada

4 -Senha

5 - Data da Autorização

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

9 - Idade

10 - Sexo

Dados do Profissional Solicitante

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Telefone

13 - E-mail

Diagnóstico Oncológico

14 - Data do diagnóstico

15 - CID 10 Principal

16 - CID 10 (2)

17 - CID 10 (3)

18 - CID 10 (4)

19 - Diagnóstico por Imagem

20 - Estadiamento

21 - ECOG

22 - Finalidade

23 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

24 - Informações relevantes

Tratamentos Anteriores

25 - Cirurgia

26 - Data da Realização

27 - Quimioterapia

28 - Data da Aplicação

Procedimentos Complementares

	29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
01-	/ /				,
02-	/ /				,
03-	/ /				,
04-	/ /				,
05-	/ /				,
06-	/ /				,

	29-Data Prevista	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtde.
07-	/ /				,
08-	/ /				,
09-	/ /				,
10-	/ /				,
11-	/ /				,
12-	/ /				,

34 - Número de Campos

35 - Dose por dia (em Gy)

36 - Dose Total (em Gy)

37 - Número de Dias

38 - Data Prevista para Início da Administração

39 - Data da Solicitação

40-Assinatura do Profissional Solicitante

41-Assinatura do Autorizador da Operadora

Unimed Sobral

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 – Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9-Atendimento de RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 – Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 – Previsão de uso de OPME

27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29-CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos Solicitados

	34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 – Qtde Aut
01-					
02-					
03-					
04-					
05-					
06-					
07-					
08-					
09-					
10-					
11-					
12-					

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diarias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

Unimed Sobral

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 – Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Conselho Profissional

13 - Número no Conselho

14 – UF

15 - Código CBO

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

17 – Tipo da Acomodação Solicitada

18 - Indicação Clínica

Procedimentos Adicionais Solicitados

19-Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde Solic	23 – Qtde Aut
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Unimed Sobral

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador
12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7- Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10- Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12-Atendimento a RN

Dados do Contratado Executante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNES

Dados da Internação

16 - Caráter do Atendimento

17 - Tipo de Faturamento

18- Data do Início do Faturamento

19- Hora do Início do Faturamento

20- Data do Fim do Faturamento

21- Hora do Fim do Faturamento

22- Tipo de Internação

23- Regime de Internação

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 (2)

26 - CID 10 (3)

27 - CID 10 (4)

28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

29 - Motivo de Encerramento da Internação

30-Número da declaração de nascido vivo

31 - CID 10 Óbito

32 - Numero da declaração de óbito

33 -Indicador D.O. de RN

Procedimentos e Exames Realizados

	34-Data	35-Hora Inicial	36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Téc	43-Fator Red/Acresc	44-Valor Unitário (R$)	45-Valor Total (R$)
01-	/ /	:	a :							,	,	,
02-	/ /	:	a :							,	,	,
03-	/ /	:	a :							,	,	,
04-	/ /	:	a :							,	,	,
05-	/ /	:	a :							,	,	,
06-	/ /	:	a :							,	,	,
07-	/ /	:	a :							,	,	,
08-	/ /	:	a :							,	,	,
09-	/ /	:	a :							,	,	,
10-	/ /	:	a :							,	,	,

Identificação da Equipe

46-Seq.Ref	47-Grau Part.	48-Código na Operadora/CPF	49-Nome do Profissional	50-Conselho Profissional	51-Número no Conselho	52-UF	53-Código CBO

54 - Total de Procedimentos (R$)

55 - Total de Diárias (R$)

56 - Total de Taxase Aluguéis (R$)

57 - Total de Materiais (R$)

58 - Total de OPME (R$)

59 - Total de Medicamentos (R$)

60 - Total de Gases Medicinais (R$)

61 - Total Geral (R$)

62- Data da assinatura do contratado

63- Assinatura do contratado

64-Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

65 – Observações / Justificativa

Procedimentos e Exames Realizados (continuação)

	34-Data	35-Hora Inicial		36-Hora Final	37-Tabela	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Qtde.	41-Via	42-Téc	43-Fator Red/Acresc	44-Valor Unitário (R$)	45-Valor Total (R$)
11-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
12-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
13-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
14-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
15-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
16-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
17-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
18-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
19-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
20-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
21-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__
22-	__/__/____	__:__	a	__:__							__,__	__.___,__	___.___.___,__

Identificação da Equipe (Continuação)

46-Seq.Ref	47-Grau Part.	48-Código na Operadora/CPF	49-Nome do Profissional	50-Conselho Profissional	51-Número no Conselho	52-UF	53-Código CBO
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						
__	__						

65 - Observação / Justificativa

Unimed Sobral

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

(Somente para pacientes internados)

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	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

15 - Nome do Profissional Executante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO

Dados da internação

20 – Data do Início do Faturamento	21 – Data do Fim do Faturamento
|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Procedimentos Realizados

	22 - Grau Part.	23-Data	24-Hora Inicial	25-Hora Final	26-Tabela	27-Código do Procedimento	28-Descrição	29-Qtde.	30-Via	31-Tec	32- Fator Red / Acresc	33-Valor Unitário - R$	34-Valor Total – R$
01-													
02-													
03-													
04-													
05-													
06-													
07-													
08-													
09-													
10-													
11-													
12-													

35- Observação / Justificativa	36- Valor total dos honorários

37 - Data de emissão	38 - Assinatura do Profissional Executante
|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|	

Unimed Sobral

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 – Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 – Código CNES

Despesas Realizadas

	6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14- Fator Red.. / Acresc	15-Valor Unitário - R$	16-Valor Total – R$
	17-Registro ANVISA do Material			18-Referência do material no fabricante						19-Nº Autorização de Funcionamento	
01-											
20-Descrição											
02-											
20-Descrição											
03-											
20-Descrição											
04-											
20-Descrição											
05-											
20-Descrição											
06-											
20-Descrição											
07-											
20-Descrição											
08-											
20-Descrição											
09-											
20-Descrição											
10-											
20-Descrição											

21 - Total de Gases Medicinais (R$)	22 - Total de Medicamentos (R$)	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)

Unimed Sobral

DEMONSTRATIVO DE ANÁLISE DE CONTA

2- Nº 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - CNPJ da Operadora	5 - Data de emissão

Dados do Prestador

6 - Código na Operadora	7- Nome do Contratado	8 - Código CNES

Dados do Lote/Protocolo

9 - Número do Lote	10 - Número do Protocolo	11 - Data do Protocolo	12 - Código da Glosa do Protocolo

Dados da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 -Senha

16 - Nome do beneficiário	17 - Número da Carteira

18- Data do Início do Faturamento	19- Hora do Início do Faturamento	20- Data do Fim do Faturamento	21- Hora do Fim do Faturamento	22 – Código da Glosa da Guia

	23-Data de realização	24-Tabela	25-Código do procedimento/ Item assistencial	26-Descrição	27-Grau de Participação	28-Valor Informado	29-Quant. Executada	30-Valor Processado	31-Valor Liberado	32-Valor Glosa	33-Código da Glosa
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											
17-											

Total da Guia

34 - Valor Informado da Guia (R$)	35 - Valor Processado da Guia (R$)	36 - Valor Liberado da Guia (R$)	37 - Valor Glosa da Guia (R$)

Total do Protocolo

38 - Valor Informado do Protocolo (R$)	39 - Valor Processado do Protocolo (R$)	40 - Valor Liberado do Protocolo (R$)	41 - Valor Glosa do Protocolo (R$)

Total Geral

42 - Valor Informado Geral (R$)	43 - Valor Processado Geral (R$)	44 - Valor Liberado Geral (R$)	45 - Valor Glosa Geral (R$)

Unimed Sobral

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora

4 - Objeto do Recurso

5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Contratado

6- Código na Operadora

7 - Nome do Contratado

Dados do recurso do protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa (no caso de recurso integral do protocolo)

12 - Acatado

Dados do recurso da guia

13- Número da guia no prestador

14-Senha

15-Código da glosa da guia

16-Justificativa (no caso de recurso integral da guia)

17 - Acatado

Dados do recurso do procedimento ou item assistencial

18-Data de realização
19-Data final período
20-Tabela
21-Procedimento/Item assistencial
22-Descrição
23-Código da glosa
24-Valor Recursado
25-Justificativa do Prestador
26-Valor Acatado
27-Justificativa da Operadora

01-

02-

03-

04-

05-

06-

07-

28 - Valor Total Recursado (R$)

29 - Valor Total Acatado (R$)

30 - Data do Recurso

31 - Assinatura do Contratado

32 - Data da Assinatura da Operadora

33 - Assinatura da Operadora

Unimed Sobral

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

2- Nº 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - CNPJ Operadora	5-Data de Emissão
			/ /

Dados do Prestador

6 - Código na Operadora	7- Nome do Contratado	8-Código CNES

Dados do Pagamento

9 – Data do Pagamento	10-Forma de Pagamento	11-Banco	12-Agência	13-Conta
/ /				

Dados do Resumo

14-Data do Protocolo	15–Número do Protocolo	16-Número do Lote	17 -Valor Informado	18 -Valor Processado	19 -Valor Liberado	20-Valor da Glosa
/ /			,	,	,	,
/ /			,	,	,	,
/ /			,	,	,	,
/ /			,	,	,	,
/ /			,	,	,	,
/ /			,	,	,	,
/ /			,	,	,	,
/ /			,	,	,	,

Valores Totais do Demonstrativo - Bruto

21 - Valor Total Informado (R$) (somatório do campo 17)	22 - Valor Total Processado(R$) (somatório do campo 18)	23 - Valor Total Liberado (R$) (somatório do campo 19)	24 - Valor Total Glosa (R$) (somatório do campo 20)
,	,	,	,

Demais débitos / créditos

25-Indicação	26-Código do Débito/Crédito	27-Descrição do Débito/Crédito	28- Valor (R$)
			,
			,
			,
			,
			,
			,

Valores Totais do Demonstrativo - Líquido

29 - Valor Total de Demais Débitos(R$)	30 - Valor Total de Demais Créditos(R$)	31 - Valor Final a Receber (R$) (23-29+30)
,	,	,

32 – Observação / Justificativa

Unimed Sobral

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
		__/__/____		__/__/____	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10- Empresa	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde
			__/__/____	

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 -Atendimento a RN
	(__)____-____		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES

26 - Nome do Profissional Executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

	30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtde	36-Qtde US	37-Valor R$	38-Franquia (R$)	39-Aut	40-Data de Realização	41-Assinatura
01-												
02-												
03-												
04-												
05-												
06-												
07-												
08-												
09-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												
19-												
20-												

42 - Data de Término do Tratamento	43 - Tipo de Atendimento	44 - Tipo de Faturamento	45 - Total Quantidade US	46 - Valor Total (R$)	47 – Valor Total Franquia (R$)
__/__/____					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48 – Observação / Justificativa

49–Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	50–Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista	52- Assinatura do Cirurgião-Dentista
__/__/____		__/__/____	

53-Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	54-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55– Data do carimbo da empresa
__/__/____		__/__/____

Unimed Sobral

ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
SITUAÇÃO INICIAL

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal de Tratamento Odontológico

4 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Nome

6 - Número da Carteira

Situação Inicial

Situação inicial																
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Situação inicial																

LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

8 - SITUAÇÃO INICIAL:
A - Ausente
E - Extração Indicada
H - Hígido
C - Cariado
R - Restaurado

9 - Sinais clínicos de doença periodontal?

Sim Não

10 - Alteração dos tecidos moles?

Sim Não

11 – Observação / Justificativa

12 - Local e Data

13 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

16 – Local, Data e Carimbo da Empresa

14 - Local e Data

15 - Assinatura do Beneficiário / Responsável

Unimed Sobral

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO - TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - CNPJ Operadora	5 – Data de Início do Processamento	6 - Data de Fim do Processamento
			/ /	/ /

Dados do Prestador

7 - Código na Operadora	8- Nome do Contratado	9 - CPF / CNPJ Contratado

Dados do Pagamento

10 – Data do Pagamento	11-Banco	12-Agência	13-Conta	14-Número do lote	15-Número do Protocolo
/ /					

16-Número da guia no prestador	17 – Número da Carteira	18 -Nome do Beneficiário

	19-Tabela	20- Código do Procedimento 29- Valor Franquia(R$)	21 - Descrição 30-Valor Liberado (R$)	22-Dente/Região 31-Código da Glosa	23-Face	24-Data de Realização	25-Qtde	26-Valor Informado(R$)	27-Valor Processado (R$)	28-Valor Glosa/Estorno (R$)
01-						/ /		,	,	,
02-						/ /		,	,	,
03-						/ /		,	,	,
04-						/ /		,	,	,
05-						/ /		,	,	,
06-						/ /		,	,	,

32-Observação / Justificativa

Total da Guia

33- Valor Total Informado Guia (R$)	34 - Valor Total Processado Guia (R$)	35 - Valor Total Glosa Guia (R$)	36 - Valor Total Franquia Guia (R$)	37 - Valor Total Liberado Guia (R$)
,	,	,	,	,

Total do Protocolo

38 - Valor Total Informado Protocolo (R$)	39 - Valor Total Processado Protocolo (R$)	40 - Valor Total Glosa Protocolo (R$)	41 - Valor Total Franquia Protocolo (R$)	42 - Valor Total Liberado Protocolo (R$)
,	,	,	,	,

Demais débitos / créditos

43-Indicação	44-Código do débito/crédito	45-Descrição do débito/crédito	46-Valor
			,
			,

Demais débitos / créditos não tributáveis

47-Indicação	48-Código do débito/crédito	49-Descrição do débito/crédito	50-Valor
			,
			,
			,

Impostos

51-Indicação	52-Código do débito/crédito	53-Descrição do débito/crédito	54-Valor
			,
			,
			,

Totais

55 - Valor Total Tributável (R$)	56- Valor Total Impostos Retidos (R$)	57 - Valor Total Não Tributável (R$)	58 - Valor Final a Receber (R$)
,	,	,	,

59 - Observação

Unimed Sobral

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS ODONTOLÓGICAS

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Contratado

6-Código na Operadora	7 - Nome do Contratado

Dados do recurso do protocolo

8 - Número do Lote	9-Número do Protocolo	10- Código da Glosa do Protocolo	11-Justificativa	12 - Acatado

Dados do recurso da guia

13- Número da guia no prestador	14-Senha	15-Nome do beneficiário

16-Código da glosa da guia	17-Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	18 - Acatado

Dados dos itens da guia

19-Data realização procedimento 27-Valor Recursado 29-Valor Acatado	20-Dente/Região 28-Justificativa do prestador 30-Justificativa da operadora	21-Face	22-Quantidade	23-Tabela	24-Procedimento/Item assistencial	25-Descrição do procedimento	26-Código da Glosa
01-							
02-							
03-							
04-							
05-							
06-							
07-							

31 - Valor Total Recursado (R$)	32 - Valor Total Acatado (R$)

33- Data do recurso	34 - Assinatura do Prestador	35 - Data da Assinatura da Operadora	36 - Assinatura da Operadora

Unimed Sobral

GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL

2 - Nº Guia Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

Dados do Contratado

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 - Código CNES

6 - Nome do Profissional Executante

7 - Conselho Profissional

8 - Número no Conselho

9 - UF

10 - Código CBO

Beneficiários

	11 - Data do atendimento	12-Número da carteira	13-Nome do Beneficiário	14-Número da Guia Principal	15-Assinatura
01-	/ /				
02-	/ /				
03-	/ /				
04-	/ /				
05-	/ /				
06-	/ /				
07-	/ /				
08-	/ /				
09-	/ /				
10-	/ /				
11-	/ /				
12-	/ /				
13-	/ /				
14-	/ /				
15-	/ /				
16-	/ /				
17-	/ /				
18-	/ /				
19-	/ /				
20-	/ /				
21-	/ /				
22-	/ /				
23-	/ /				
24-	/ /				
25-	/ /				

16-Data

/ /

17- Assinatura do Contratado