ASFEBSAÚDE®
ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES FISCAIS DO ESTADO DA BAHIA

GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

2- Nº **000000000001**

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia de Solicitação / Senha	4 - Data de Emissão da Guia
335754		__/__/____

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
__/__/____	__/__/____