

2 - Nº Guia no Prestador: \_\_\_\_\_

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 - Nº Guia Principal	15 - Assinatura
1	/ /				_____
2	/ /				_____
3	/ /				_____
4	/ /				_____
5	/ /				_____
6	/ /				_____
7	/ /				_____
8	/ /				_____
9	/ /				_____
10	/ /				_____
11	/ /				_____
12	/ /				_____
13	/ /				_____
14	/ /				_____
15	/ /				_____

16 - Data / /
------------------

17 - Assinatura do Contratado \_\_\_\_\_

**GUIA COMPROVANTE PRESENCIAL****1 OBJETIVO**

- 1.1** Comprovar o comparecimento do beneficiário quando da transmissão eletrônica de faturas, nas seguintes situações: consultas, solicitação e realização de serviço profissional/serviço auxiliar de diagnóstico e terapia – SP/SADT e solicitação de internação.

**2 NORMA****2.1 GESTOR**

- 2.1.1** GESAP - GN Plano de Saúde e Previdência Complementar.

**2.2 VINCULAÇÃO**

- 2.2.1** Manual Normativo: [RH166](#)

**2.3 DISPONIBILIZAÇÃO DO MODELO**

- 2.3.1** Formulário eletrônico disponível:

- por meio de *download* clicando no *link*: [MO21437003](#).

- 2.3.2** Modelo Gráfico disponível:

-por solicitação à GILOG, através do SIMAC opção 4.20 da Rede Caixa, sendo que a gestão do estoque também é feita por meio do SIMAC - Sistema de Material de Consumo.

**2.4 QUANTIDADE E DESTINAÇÃO DE VIAS**

- 2.4.1** O modelo é preenchido em 1 via pelo prestador de serviço do Saúde CAIXA.

**2.5 UNIDADES QUE UTILIZARÃO O MODELO**

- 2.5.1** GIPES

**2.6 MODELO A SER SUBSTITUÍDO**

- 2.6.1** MO21437 v002, de imediato.

**2.7 PRAZO DE ARQUIVAMENTO**

- 2.7.1** Não se aplica

**2.8 GRAU DE SIGILO**

- 2.8.1** #Público.

**2.9 ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR**

- 2.9.1** Subitem [2.1.1](#) - acréscimo da palavra “Complementar” na nomenclatura da UG para conformidade com o [OR005](#).

- 2.9.2** Subitem [2.2.1](#) – alteração do Manual Normativo de vinculação para [RH166](#).

- 2.9.3** Subitem [2.6.1](#) - substituição da expressão “ao final do estoque” por “de imediato”.

- 2.9.4** Subitem [2.10.2.9](#) – inclusão do Local de entrega.

- 2.9.5** Subitem [3.1.1](#) – dos Procedimentos, com exclusão das explicações de preenchimento para cada campo e inclusão do termo “O Formulário possui campos autoexplicativos”.

**2.10 ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA****2.10.1 MODELO ELETRÔNICO**

- 2.10.1.1** Tipo de modelo: formulário eletrônico.

- 2.10.1.2** Impressão/Tipo de papel: anterior e posterior ao preenchimento, em papel A4 - mod. 71.139.

**2.10.1.3** Formato do modelo: 210 mm (largura) x 297 mm (altura).

## **2.10.2 MODELO GRÁFICO**

**2.10.2.1** Tipo de modelo: formulário plano.

**2.10.2.2** Formato de produção: 210 mm (largura) x 297 mm (altura).

**2.10.2.3** Vias/Papel/Cor/Gramatura: apergaminhado ou similar, cor branca, de 90 g/m<sup>2</sup>.

**2.10.2.4** Impressão: tipo offset, frente e verso, em preto 100% para fios, quadros, textos à exceção dos detalhes rachurados, reticulados a 40% do preto.

**2.10.2.4.1** Impressão da logo do SAÚDE CAIXA: 100 % em Azul Pantone 293 U, à exceção do detalhe do "X", reticulado em 40% do azul Pantone 293U.

**2.10.2.5** Tipografias: Swis721 Md BT e Arial Narrow.

**2.10.2.6** Unidade considerada para suprimento: bloco com 100 folhas.

**2.10.2.7** Acondicionamento: caixa com 25 blocos

**2.10.2.8** Quantidade para a primeira impressão: 4500 blocos.

**2.10.2.9** Local de entrega: nas GIPES, conforme solicitação via SIMAC.

## **3 PROCEDIMENTOS**

### **3.1 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**

**3.1.1** Os campos do modelo são autoexplicativos.