

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SP/SADT)

1-Registro ANS 354571	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 ou Itens Assistenciais Solicitados													
21- Caráter do Atendimento ___	22- Data da Solicitação ___/___/___	23- Indicação Clínica _____											
24-Tabela 1- ___	25-Código do Procedimento ou item assistencial _____	26-Descrição _____	27-Qtde.Solic. ___	28-Qtde.Aut. ___									
2- ___	_____	_____	___	___									
3- ___	_____	_____	___	___									
4- ___	_____	_____	___	___									
5- ___	_____	_____	___	___									
Dados do Contratado Executante													
29- Código na Operadora 000344966			30- Nome do Contratado COOPMED-RS-COOPERATIVA DE TRABALHO DOS MEDICOS DO RS		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-___/___/___	___:___ a	___:___	___	_____	_____	___	___	___	___	_____	_____		
2-___/___/___	___:___ a	___:___	___	_____	_____	___	___	___	___	_____	_____		
3-___/___/___	___:___ a	___:___	___	_____	_____	___	___	___	___	_____	_____		
4-___/___/___	___:___ a	___:___	___	_____	_____	___	___	___	___	_____	_____		
5-___/___/___	___:___ a	___:___	___	_____	_____	___	___	___	___	_____	_____		
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 Procedimento em série			57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
1-___/___/___	2-___/___/___	3-___/___/___	4-___/___/___	5-___/___/___	6-___/___/___								
7-___/___/___	8-___/___/___	9-___/___/___	10-___/___/___	_____									
58- Observação / Justificativa _____													
59- Total de Procedimentos (R\$) _____		60- Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____		61- Total de Materiais (R\$) _____		62- Total 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 _____					