CONVÊNIO Saúde Caixa

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

COOPMED-RS
COOPERATIVA DE TRABALHO DOS MÉDICOS DO RS

2- Nº Guia no Prestador: Nº 149001

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
06/02/2018	010023		

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 -Atendimento a RN
123456789012		maria da Silva		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
	COOPMED-RS

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 Aut.	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde.
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
154095850001755	COOPMED-RS	7626819

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-	06/02/2018		a	22	30911012	implante de cateter	01	0				
2-			a	22								
3-			a	22								
4-			a	22								
5-			a	22								

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
	00 (cirurgiões)		Roberto Geiss Koch	06	10726	RS	225290
	01 (1º auxiliar)		João da Silva	06	00001	RS	225250
				06		RS	
				06		RS	

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

* anexar descrição cirúrgico
* se procedimento/exame possuir auxílio, poderá colocar ponto

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
	Beneficiário/responsável assina	assinatura e carimbo do médico