



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

2 - No Guia

1 - Registro ANS

3 - No. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade de Sanha

7 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Plano

10 - Validade de Carteira

11 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código no Operador / CNEJ/ CPF

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação - Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação

22 - Caracter de Solicitação

23 - CID 10

24 - Indicação Clínica

25 - Tempo

26 - Código do Procedimento

27 - Caracter

28 - CID Saúde

29 - QI Autor

Dados do Contratado Excitante

30 - Código na Operadora / CPF do Exec. Complementar

31 - Nome do Profissional Excitante Complementar

32 - T.L. 33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Código IBGE

39 - CEP

Dados do Atendimento

40 - Tipo de Atendimento

41 - Nome do Profissional Excitante Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO/S

45a - Grau Pari.

Consultas Referência

46 - Tipo de Doença

47 - Indicação de Acidente

48 - Adiente ou doença relacionada ao trabalho

1 - Têntico 2 - Outros

43 - Tipo de Sida

4 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Retenida 4 - Internação 5 - Alta 6 - Outros

Procedimentos e Exames Realizados

51 - Data

52 - Hora Inicial

53 - Hora Final

54 - Taboa

55 - Código do Procedimento

56 - Quantidade

57 - CID 10 58 - VA

59 - Tec 60 - % Real/Ativa

61 - Valor Unitário R\$ 62 - Valor Total R\$

## COOPNEURO

30 - 07.4993.6880/0001-24

31 - COPPER SERVIÇO DOS MÉDICOS NEUROLOGISTAS

32 - R. NEUROCIQUIQUES DO CEARÁ LTDA

36 - Município

37 - UF

38 - Código IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

41 - Nome do Profissional Excitante Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO/S

45a - Grau Pari.

46 - Tipo de Doença

47 - Indicação de Acidente

48 - Adiente ou doença relacionada ao trabalho

1 - Têntico 2 - Outros

43 - Tipo de Sida

4 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Retenida 4 - Internação 5 - Alta 6 - Outros

51 - Data

52 - Hora Inicial

53 - Hora Final

54 - Taboa

55 - Código do Procedimento

56 - Quantidade

57 - CID 10 58 - VA

59 - Tec 60 - % Real/Ativa

61 - Valor Unitário R\$ 62 - Valor Total R\$

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

3

4

5

6

7

8

9

10

64 - Observação

65 - Total Procedimentos

66 - Total Taxas e Aluguéis

67 - Total Materiais

68 - Total Medicamentos

69 - Total Dúvidas

70 - Total Casos Medicinais

71 - Total Geral da Guia

65 - Total Procedimentos

66 - Total Taxas e Aluguéis

67 - Total Materiais

68 - Total Medicamentos

69 - Total Dúvidas

70 - Total Casos Medicinais

71 - Total Geral da Guia

66 - Data e Assinatura do Solicitante

67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (\*)

69 - Data e Assinatura do Prestador Excitante (\*)

67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (\*)

69 - Data e Assinatura do Prestador Excitante (\*)

68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (\*)

69 - Data e Assinatura do Prestador Excitante (\*)

69 - Data e Assinatura do Prestador Excitante (\*)

70 - Total Casos Medicinais

71 - Total Geral da Guia

(\*) Conforme a realização dos serviços especificados nesta guia, autorizo o pagamento do valor dos serviços de acordo com as condições regulamentares ou contratuais ajustadas com o meu plano de saúde e o desconto de participação em caso de quebra de custo. (\*\*) Conforme a realização dos serviços especificados nesta guia, de acordo com a regulamentação e condições.



## GUIA DE CONSULTA

2 - No.Guia

1 - Registro ANS

**ANS nº 35912-2**

3 - Data de Emissão da Guia

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dados do Beneficiário**

4 - Número da Carteira

5 - Plano

6 - Validade da Carteira

7 - Nome

8 - Número do Cartão Nacional de Saúde

**Dados do Contratado**

9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

10 - Nome do Contratado

11 - Código CNES

12 - T.L. 13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento

16 - Município

17 - UF

18 - Código IBGE

19 - CEP

20 - Nome do Profissional Executante

21 - Conselho Profissional

22 - Número no Conselho

23 - UF

24 - Código CBO'S

**Hipóteses Diagnósticas**

25 - Tipo de Doença

 A-Aguda  C-Crônica

26 - Tempo de Doença

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A-Anos M-Meses D-Dias

27 - Indicação de Acidente

 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho  1-Trânsito  2-Outros

28 - CID 10 Principal

29 - CID 10 (2)

30 - CID 10 (3)

31 - CID 10 (4)

**Dados do Atendimento / Procedimento Realizado**

32 - Data do Atendimento

33 - Código Tabela

34 - Código Procedimento

35 - Tipo de Consulta

 1-Primeira  2-Seguimento  3-Pré-Natal

36 - Tipo de Saída

 1-Retorno  2-Retorno SADT  3-Referência  4-Internação  5-Alta

37 - Observação

38 - Data e Assinatura do Prestador (\*)

39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (\*\*)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(\*) Confirmo a realização dos serviços especificados nesta guia, da forma aqui apresentados e cobrados.

(\*\*) Confirmo a realização dos serviços especificados nesta guia, autorizo o pagamento do prestador de serviço, de acordo com as condições regulamentares ou contratuais ajustadas com o meu plano de saúde, e o desconto da co-participação/franquia a que estiver sujeito, e autorizo anexar a esta guia cópias do prontuário médico e de quaisquer outros documentos relativos a este atendimento, para possibilitar a análise pelo setor médico do plano de saúde.