

Saúde



2- N°

1-Registro ANS

3-N° Guia Principal

4-Data da Autorização

5-Senha

6-Data Validade da Senha

7-Data de Emissão da Guia

00051-5

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8-Número da Carteira

9-Plano

10-Validade da Carteira

11-Nome

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13-Código na Operadora / CNPJ / CPF

14-Nome do Contratado

15-Código CNES

71291926000121

SANTACOOOP COOP DOS MED DA SANTA CASA

16-Nome do Profissional Solicitante

17-Conselho Profissional

18-Número do Conselho

19-UF

20-Código CBOS

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21-Data/Hora da Solicitação

22-Caráter da Solicitação

23-CID 10

24-Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referência e alto custo)

:

E - Eletiva

U - Urgência/Emerg.

25-Tabela26-Código de Procedimento

27-Descrição

28-Qtde. Solic. 29-Qtde. Aut.

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30-Código na Operadora/CNPJ/CPF

31-Nome do Contratado

32-T.L.

33-Logradouro

34-Número

35-Complemento

36-Município

37-UF

38-Código IBGE

39-CEP

40-Código CNES

40A-Código na Operadora/CNPJ/CPF do Profissional Executante Complementar

41-Nome do Profissional Executante/Complementar

42-Conselho Profissional

43-Número do Conselho

44-UF

45-Código CBOS

45A-Grau Part.

DADOS DO ATENDIMENTO

46-Tipo de Atendimento

47-Indicação de Acidente

48-Tipo e Saída

1-Remoção

2-Pequena Cirurgia

3-Terapia

4-Consulta

5-Exame

6-Atend. Domiciliar

7-SADT

8-Quimioterapia

9-Radioterapia

10-TRS

11- Retorno com SADT

12- Retorno com SADT

13- Referência

14- Internação

15- Alta

16- Óbito

CONSULTA REFERÊNCIA

49-Tipo de Doença

50-Tempo de Doença

51-Hora Inicial

52-Hora Final

53-Tabela

54-Código do Procedimento

55-Descrição

56-Valor Unitário

57-Valor Total

58-R\$

59-Tec. 60-% Red./Acresc.

61-Valor

62-Valor Total

63-R\$

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51-Data

1

2

3

4

5

63-Data e Assinatura de Procedimento em Série

1

2

64-Observações

65-Total Procedimentos - R\$

66-Total Taxas e Aluguéis -R\$

67-Total Materiais - R\$

68-Total Medicamentos - R\$

69-Total Diárias - R\$

70-Total Gases Medicinais - R\$

71-Total Geral da Guia - R\$

86-Data e Assinatura do Solicitante

87-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

88-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89-Data e Assinatura do Prestador Executante

OPM SOLICITADOS

72-Tabela	73-Código de OPM	74-Descrição OPM				75-Qtde. 76-Fabricante				77-Valor Unitário R\$			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													

OPM UTILIZADOS

78-Tabela	79-Código do OPM	80-Descrição OPM				81-Qtde. 82-Código de Barras				83-Valor Unitário - R\$				84-Valor Total - R\$			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	

85-Total OPM - R\$

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Campos brancos preenchimento obrigatório