Unimed Ponte Nova

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

1 - Registro ANS: 3 4 3 7 2 2

2 - Número da Guia Principal

3 - Data da Autorização: __/__/____

4 - Senha

5 - Data de Validade da Senha: __/__/____

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira: __/__/____

9 - Nome

10 - Cartão Nacional de Saúde

11 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

20 - Caráter do Atendimento

21 - Data da Solicitação: __/__/____

22 - Indicação Clínica

	23 - Tabela	24 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	25 - Descrição	26 - Qtde. Solic.	27 - Qtde. Aut.
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					

Dados do Contratado Executante

28 - Código na Operadora

29 - Nome do Contratado

30 - Código CNES

Dados do Atendimento

31 - Tipo de Atendimento

32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

33 - Tipo de Consulta

34 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	35 - Data	36 - Hora Inicial	37 - Hora Final	38 - Tabela	39 - Código do Procedimento	40 - Descrição	41 - Qtde.	42 - Via	43 - Tec.	44 - Fator REd./Acresc.	45 - Valor Unitário (R$)	46 - Valor Total (R$)
1-	__/__/____	__:__	a __:__							,__	,__	,__
2-	__/__/____	__:__	a __:__							,__	,__	,__
3-	__/__/____	__:__	a __:__							,__	,__	,__
4-	__/__/____	__:__	a __:__							,__	,__	,__
5-	__/__/____	__:__	a __:__							,__	,__	,__

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

47 - Seq. Ref.	48 - Grau Part.	49 - Código na Operadora/CPF	50 - Nome do Profissional	51 - Conselho Profissional	52 - Número do Conselho	53 - UF	54 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimentos em Série

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- __/__/____ 3 - __/__/____ 5 - __/__/____ 7 - __/__/____ 9 - __/__/____

2- __/__/____ 4 - __/__/____ 6 - __/__/____ 8 - __/__/____ 10 - __/__/____

57 - Observação / Justificativa

58 - Total de Procedimentos (R$)

59 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)

60 - Total de Materiais (R$)

61 - Total de OPME (R$)

62 - Total de Medicamentos (R$)

63 - Total de Gases Medicinais (R$)

64 - Total Geral

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Contratado