

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



13619184

1 - Registro ANS
13 6 8 8 4 9 1 1 3 6 1 7 1 2 9 1

4 - Data da autorização
12 5 / 0 1 / 1 2 0 1 9 1 1 3 6 1 9 1 8 4 1

6 - Data de Validade da Senha
1 1 1 / 1 1 1 / 1 1 1 1 1

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 3 6 1 9 1 8 4 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
1 3 1 2 2 8 0 0 1 6 5 7 0 0 8 0 0 0 0 3 1

9 - Validade da Carteira
1 1 1 / 1 1 1 / 1 1 1 1 1

10 - Nome
FABIO MORAES TURIS

11 - Cartão Nacional de Saúde

17 0 0 5 0 8 1 5 5 7 2 4 5 5 7 1

12 - Atendimento a RN

1 N 1

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
2 6 2 9 1

14 - Nome do Contratado
PEDRO EUGENIO BERGAMO

15 - Nome do Profissional Solicitante
PEDRO EUGENIO BERGAMO

16 - Conselho Profissional
1 0 6 1

17 - Número no Conselho
1 1 0 6 6 5 3 1

18 - UF
S P

19 - Código CBO
1 2 2 5 2 7 0 1

20 - Assinatura Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
1 2 5 / 1 0 1 1 / 1 2 0 1 1 9 1

23 - Indicação Clínica

RM - Coluna cervical ou dorsal ou lombar

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
1 1 1 1 1 1 1 9 4 1 1

30 - Nome do Contratado
IDS - INSTITUTO DE DIAGNOSTICO DE SOROCABA

31 - Código CNES
1 2 7 0 1 8 5 7 4 1

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
1 1 1

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
1 1 1

34 - Tipo de Consulta
1 1 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
1 1 1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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 Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

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

STATUS AUTORIZADA. Endereço: JUSCELIANO K. DE OLIVEIRA 1001, SOROCABA-SP. Fone: 15 33316220. Plano: 985 - PLAN II STANDARD EMPRESARIAL COM CP

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------|--|----------------------------------|--|---|--|----------------------------------|--|--|--|---|--|---|--|--|--|
| 1 - Registro ANS 36.884-9 | | 3 - Número da Guia Principal | | 5 - Sentença | | 6 - Data de Validade da Sentença | | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | | 11 - Cartão Nacional de Saúde | | 12 - Atendimento a RN | | | | | | | |
| 8 - Número da Carteira | | 9 - Validade da Carteira | | 10 - Nome | | 16 - Conselho Profissional | | 17 - Número no Conselho | | 18 - UF | | 19 - Código CBO | | 20 - Assinatura do Profissional 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 | | | | | |
| 21 - Caracter do Atendimento | | 22 - Data da Solicitação | | 23 - Indicação Clínica | | 24 - Tabela | | 25 - Código do Procedimento | | 26 - Descrição | | 27 - Qtd. Solic. | | 28 - Cód. Sol. | | | | | |
| 29 - Código na Operadora | | 30 - Nome do Contratado | | 31 - Código CNES | | 32 - Tipo de Atendimento | | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | | 34 - Tipo de Consulta | | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento | | 36 - Código CNES | | | | | |
| 37 - Hora Inicial | | 38 - Hora Final | | 39 - Tabela | | 40 - Código do Procedimento | | 41 - Descrição | | 42 - Qtd. | | 43 - Via | | 44 - Fator Red./Acresc. | | 45 - Valor Unitário (R\$) | | 46 - Valor Total (R\$) | |
| 47 - Seq. Ref. 48 - Grau Part. | | 49 - Código na Operadora | | 50 - CPF | | 51 - Nome do Profissional | | 52 - Conselho Profissional | | 53 - Número no Conselho | | 54 - JUF | | 55 - Código CBO | | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | |
| 58 - Observação / Justificativa | | 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 | |