



Rua Dona Anita Mayer, 131/139 - Botafogo
 CEP 13.020-350 - Campinas/SP
 e-mail: coopus@coopus.com.br
 Fone: 0800 940 9707 - SAC
 Fone: (19) 2102-9700 - Administração

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

2 - Nº _____

Planos de Saúde

1 - Registro ANS ANS - nº 41916-8	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
---	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

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	

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO S
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação E-Eletiva U-Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qt.Solic.	29 - Qt.Autoriz.
1 - 0 2				
2 - 0 2				
3 - 0 2				
4 - 0 2				
5 - 0 2				

Dados do Contratado Executante	
30 - Código na Operadora /CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado
32 - T.L.	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento
36 - Município	37 - UF
38 - Cód. IBGE	39 - CEP
40 - Código CNES	
40a - Código na Operadora / CPF do exec. Complementar	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar
42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho
44 - UF	45 - Código CBO S
45a - Grau de Participação	

Dados do Atendimento	
46 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito	

Consulta Referência	
49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	50 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias

Procedimentos e Exames Realizados											
51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtde.	58 - Via	59 - Tec.	60 - % Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1 -			0 2								
2 -			0 2								
3 -			0 2								
4 -			0 2								
5 -			0 2								

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série									
1 -	3 -	5 -	7 -	9 -	2 -	4 -	6 -	8 -	10 -

64 - Observação											
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

