FISCO Saúde PERNAMBUCO

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Principal	4 - Data da autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
417661					

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clinica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

Dados do Contratante Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário-R$	47 - Valor Total-R$
1- ____/____/____	____:____	____:____									
2- ____/____/____	____:____	____:____									
3- ____/____/____	____:____	____:____									
4- ____/____/____	____:____	____:____									
5-											

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- __/__/__	
2- __/__/__	
3- __/__/__	
4- __/__/__	
5- __/__/__	
6- __/__/__	
7- __/__/__	
8- __/__/__	
9- __/__/__	
10- __/__/__	

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R$	60 - Total Taxas e Aluguéis R$	61 - Total Materiais R$	62 - Total OPME R$	63 - Total Medicamentos R$	64 - Total Gases Medicinais R$	65 - Total Geral R$

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado