MedGold saúde

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

Registro ANS - 1

Nº Guia Principal - 3

Data da Autorização - 4

Senha-5

Data Validade da Senha - 6

Data de Emissão da Guia - 7

Dados do Beneficiário

Número da Carteira - 8

Plano -9

Validade da Carteira - 10

Nome - 11 Dorcilene Maria Silva Rosa

Número do Cartão Nacional de Saúde -12

Dados do Contratado Solicitante

Código na Operadora / CNPJ / CPF - 13

Nome do Contratado - 14

Código CNES - 15

Nome do Profissional Solicitante - 16

Dr. Lucas Duarte Avelar Fonseca CRM MG 60048 CONTROLE 1958593

Conselho Profissional - 17

Número no Conselho - 18

UF - 19

Código CBO S - 20

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

Data/Hora da Solicitação - 21

Caráter da Solicitação - 22 E-Eletiva U-Urgência/Emergência

CID 10 - 23 M-255

Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) - 24 Suspeita de lesão meniscal em joelho (D) há 15 dias

Tabela	26- Código do Procedimento	27 - Descrição	28.Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz-25
		- 1		
		- 2	Ressonância Magnética para joelho direito	01
		- 3		
		- 4		

Dados do Contratado Executante

Código na Operadora / CNPJ / CPF - 30

Nome do Contratado - 31

T.L-32

Logradouro - Número - Complemento-33-34-35

Município - 36

UF - 37

Cód. IBGE - 38

CEP-39

Código CNES -40

40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar

Nome do Profissional Executante/Complementar - 41

Conselho Profissional - 42

Número no Conselho - 43

UF - 44

Código CBO S - 45

45a - Grau de Participação

Dados do Atendimento

Tipo Atendimento-46
Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05- Exame 06-Atendimento Domiciliar - 01
SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva -07

Indicação de Acidente - 47
Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros - 0

Tipo de Saída -48
Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito-1 -

Consulta Referência

Tipo de Doença- 49
A-Aguda C-Crônica

Tempo de Doença- 50
A-Anos M-Meses D-Dias

Procedimentos e Exames realizados

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

Data e Assinatura de Procedimentos em Série-63

- 9 - 7 - 5 - 3 - 1

- 10 - 8 - 6 - 4 - 2

Observação - 64

$Total Procedimentos R - 65

$Total Taxas e Aluguéis R - 66

$Total Materiais R -67

$Total Medicamentos R - 68

$Total Diárias R - 69

$Total Gases Medicinais R - 70

$Total Geral da Guia R- 71

Data e Assinatura do Solicitante - 86 17/05/22

Dr. Lucas Duarte Avelar Fonseca CRM MG 60048 CONTROLE 1958593

Data e Assinatura do Responsável pela Autorização - 87

Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável-88

Data e Assinatura do Prestador Executante -89

MedGold saúde

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

Registro ANS - 1

Nº Guia Principal - 3

Data da Autorização - 4

Senha-5

Data Validade da Senha - 6

Data de Emissão da Guia - 7

Dados do Beneficiário

Número da Carteira - 8

Plano -9

Validade da Carteira - 10

Nome - 11 Dorcilene Maria Silva Lopes

Número do Cartão Nacional de Saúde - 12

Dados do Contratado Solicitante

Código na Operadora / CNPJ / CPF - 13

Nome do Contratado - 14

Código CNES - 15

Nome do Profissional Solicitante - 16

Dr. Lucas Duarte Avelar Fonseca CRM MG 60048 CONTROLE 1958593

Conselho Profissional - 17

Número no Conselho - 18

UF - 19

Código CBO S - 20

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

Data/Hora da Solicitação - 21

Caráter da Solicitação - 22 E-Eletiva U-Urgência/Emergência

CID 10 - 23 M-626

Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) - 24 Suspeita de lesão muscular em tríceps sural (D) há 15 dias

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

Ultrassonografia para perna direita 01

Dados do Contratado Executante

Código na Operadora / CNPJ / CPF - 30

Nome do Contratado - 31

.T.L-32

Logradouro - Número - Complemento-33-34-35

Município - 36

UF - 37

Cód. IBGE - 38

CEP -39

Código CNES -40

40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar

Nome do Profissional Executante/Complementar - 41

Conselho Profissional - 42

Número no Conselho - 43

UF - 44

Código CBO S - 45

45a - Grau de Participação

Dados do Atendimento

Tipo Atendimento-46
Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05- Exame 06-Atendimento Domiciliar - 01
SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva -07

Indicação de Acidente - 47
Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros - 0

Tipo de Saída -48
Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito-1 -

Consulta Referência

Tipo de Doença- 49
A-Aguda C-Crônica

Tempo de Doença- 50
A-Anos M-Meses D-Dias

Procedimentos e Exames realizados

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

Data e Assinatura de Procedimentos em Série-63

- 9 - 7 - 5 - 3 - 1
- 10 - 8 - 6 - 4 - 2

Observação - 64

$Total Procedimentos R - 65

$Total Taxas e Aluguéis R - 66

$Total Materiais R -67

$Total Medicamentos R - 68

$Total Diárias R - 69

$Total Gases Medicinais R - 70

$Total Geral da Guia R - 71

Data e Assinatura do Solicitante - 86 17/05/22

Dr. Lucas Duarte Avelar Fonseca CRM MG 60048 CONTROLE 1958593

Data e Assinatura do Responsável pela Autorização - 87

Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável-88

Data e Assinatura do Prestador Executante -89