VOAM
Volvo Odontologia e Assistência Médica

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 4 1 4 2 4 7

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

## Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

## Dados do 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

## Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

| | 24-Tabela | 25- Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27-Qtde. Solic. | 28-Qtde. Aut. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | | | | | |
| 2 - | | | | | |
| 3 - | | | | | |
| 4 - | | | | | |
| 5 - | | | | | |

## Dados do Contratado 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

## Dados da Execução / 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-Tec. | 45- Fator Red./Acresc. | 46 - Valor Unitário (R$) | 47 - Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | | | a | | | | | | | | | |
| 2- | | | a | | | | | | | | | |
| 3- | | | a | | | | | | | | | |
| 4- | | | a | | | | | | | | | |
| 5- | | | a | | | | | | | | | |

## 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

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

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