

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:

--	--	--

NOME DO BANCO:

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

AGÊNCIA (COLOCAR DÍGITO)

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

CONTA CORRENTE (COLOCAR DÍGITO)

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

OUTROS ENDEREÇOS

ENDEREÇO 2 – NOME DE DIVULGAÇÃO

ENDEREÇO / Nº / COMPLEMENTO :

BAIRRO :

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

CIDADE:

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

UF

--	--

CEP

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

DDD

--	--

TELEFONE 1

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

TELEFONE 2

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

DDD

--	--

FAX

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

ENDEREÇO 3 – NOME DE DIVULGAÇÃO

ENDEREÇO / Nº / COMPLEMENTO :

BAIRRO :

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

CIDADE:

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

UF

--	--

CEP

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

DDD

--	--

TELEFONE 1

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

TELEFONE 2

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

ESPECIALIDADES OFERECIDAS

ESPECIALIDADES OFERECIDAS

<input type="checkbox"/>	ALERGOLOGIA
<input type="checkbox"/>	ANGIOLOGIA
<input type="checkbox"/>	CARDIOLOGIA
<input type="checkbox"/>	CARDIOLOGIA PEDIATRICA
<input type="checkbox"/>	CIR. BUCO MAXILO FACIAL
<input type="checkbox"/>	CIR. CARDIACA
<input type="checkbox"/>	CIR. CARDIOVASCULAR
<input type="checkbox"/>	CIR. MÃO
<input type="checkbox"/>	CIR. DE CABEÇA E PESCOÇO
<input type="checkbox"/>	CIR. AP. DIGESTIVO
<input type="checkbox"/>	CIR. DO APARELHO DIGESTIVO
<input type="checkbox"/>	CIR. ENDOCRINOLOGICA
<input type="checkbox"/>	CIR. GERAL
<input type="checkbox"/>	CIR.ONCOLOGICA
<input type="checkbox"/>	CIR. PEDIATRICA

<input type="checkbox"/>	CIR. PLASTICA REPARADORA
<input type="checkbox"/>	CIR. TORACICA
<input type="checkbox"/>	CIR. VASCULAR
<input type="checkbox"/>	CLINICA MEDICA
<input type="checkbox"/>	DERMATOLOGIA
<input type="checkbox"/>	ENDOCRINOLOGIA
<input type="checkbox"/>	FISIATRIA
<input type="checkbox"/>	GASTROENTEROLOGIA
<input type="checkbox"/>	GINECOLOGIA/OBSTETRICIA
<input type="checkbox"/>	HEMATOLOGIA
<input type="checkbox"/>	HEPATOLOGIA
<input type="checkbox"/>	HOMEOPATIA
<input type="checkbox"/>	INFECTOLOGIA
<input type="checkbox"/>	MATOSLOGIA
<input type="checkbox"/>	NEFROLOGIA

<input type="checkbox"/>	NEUROCIRURGIA
<input type="checkbox"/>	NEUROLOGISTA
<input type="checkbox"/>	OFTALMOLOGIA
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGIA
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGIA/PEDIATRICA
<input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
<input type="checkbox"/>	PEDIATRIA
<input type="checkbox"/>	PNEUMOLOGIA
<input type="checkbox"/>	PNEUMOLOGIA/INFANTIL
<input type="checkbox"/>	PROCTOLOGIA
<input type="checkbox"/>	PSIQUIATRIA
<input type="checkbox"/>	REUMATOLOGIA
<input type="checkbox"/>	UROLOGIA

TERAPIAS

<input type="checkbox"/>	FISIOTERAPIA
<input type="checkbox"/>	FONOAUDIOLOGIA
<input type="checkbox"/>	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA

<input type="checkbox"/>	PSICOLOGIA
<input type="checkbox"/>	QUIMIOTERAPIA
<input type="checkbox"/>	RADIOTERAPIA

<input type="checkbox"/>	RPG
--------------------------	-----

SERVIÇOS DE DIAGNOSE

<input type="checkbox"/>	ANÁLISES CLINICAS
<input type="checkbox"/>	ANATOMIA PATOLOGICA
<input type="checkbox"/>	ANGIOGRAFIA DIGITAL
<input type="checkbox"/>	ARTROSCOPIA
<input type="checkbox"/>	AUDIOMETRIA
<input type="checkbox"/>	BRONCOSCOPIA
<input type="checkbox"/>	CARDIOTOCOGRAFIA
<input type="checkbox"/>	COLONOSCOPIA
<input type="checkbox"/>	COLPOSCOPIA
<input type="checkbox"/>	DENSITOMETRIA ÓSSEA
<input type="checkbox"/>	DOPPLER
<input type="checkbox"/>	DOPPLER COLORIDO

<input type="checkbox"/>	ECOCARDIOGRAFIA
<input type="checkbox"/>	ECODOPPLER
<input type="checkbox"/>	ELETROCARDIOGRAFIA
<input type="checkbox"/>	ELETROENCEFOLOGRAFIA
<input type="checkbox"/>	ELETROMIOGRAFIA
<input type="checkbox"/>	ELETRONEUROMIOGRAFIA
<input type="checkbox"/>	ENDOSCOPIA DISGESTIVA
<input type="checkbox"/>	ENDOSCOPIA PERORAL
<input type="checkbox"/>	HISTEROSCOPIA
<input type="checkbox"/>	LAPAROSCOPIA
<input type="checkbox"/>	MAMOGRAFIA
<input type="checkbox"/>	MAPA

<input type="checkbox"/>	MEDICINA INTENSIVA
<input type="checkbox"/>	MEDICINA NUCLEAR
<input type="checkbox"/>	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR
<input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA
<input type="checkbox"/>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
<input type="checkbox"/>	TESTE ERGOMETRICO
<input type="checkbox"/>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
<input type="checkbox"/>	ULTRASSONOGRAMA
<input type="checkbox"/>	VIDEO LAPAROSCOPIA GERAL
<input type="checkbox"/>	VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

HOSPITAL / MATERNIDADE

<input type="checkbox"/>	ATENDIMENTO 24 H
<input type="checkbox"/>	HOSPITAL GERAL

<input type="checkbox"/>	HOSPITAL ESPECIALIZADO
<input type="checkbox"/>	MATERNIDADE

<input type="checkbox"/>	P.S GERAL
<input type="checkbox"/>	P.S ESPECIALIZADO

CONDIÇÕES COMERCIAIS

TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS

<input type="checkbox"/>	AMB – 90	<input type="checkbox"/>	DEFLATOR	<input type="checkbox"/>	%						
<input type="checkbox"/>	AMB – 92										
<input type="checkbox"/>	LPM – 96										
<input type="checkbox"/>	LPM – 99										
<input type="checkbox"/>	CBHPM -	<input type="checkbox"/>	3º EDIÇÃO	<input type="checkbox"/>	4º EDIÇÃO	<input type="checkbox"/>	5º EDIÇÃO	<input type="checkbox"/>	DUO DEFLATOR	<input type="checkbox"/>	PORTE DEFLATOR
<input type="checkbox"/>	PRÓPRIA	<input type="text"/>									

COEFICIENTE

CONSULTA AMB	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%	<input type="checkbox"/>	RETORNO	<input type="text"/>	15 DIAS
CONSULTA P.S	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%			<input type="text"/>	30 DIAS
HON. MÉDICOS	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%				
DIAGNOSE	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%				
TERAPIA	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%				
HEMOTERAPIA	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%				

SESSÃO

<input type="checkbox"/>	FONO	R\$	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	RPG	R\$	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	PSICO	R\$	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	ACUPUNTURA	R\$	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	OUTROS	R\$	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>

FILME RADIOLOGICO R\$ **TABELA D&T**

MEDICAMENTOS

BRASINDICE DEFLATOR %

MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR

BRASINDICE DEFLATOR %

MATERIAIS

SIMPRO DEFLATOR %

OPME

SIMPRO DEFLATOR %

ACEITA REPOSIÇÃO? **TAXA DE ESTERILIZAÇÃO** %

PRESTADOR

 DATA ____/____/____

CADASTRO DE PRESTADORES

ALTERADO POR _____ DATA ____/____/____



Osíde TI em Saúde

Caixa Postal 44301 -São Paulo – SP - CEP 03689-970
Tel. +55 11 2684-5925 - Fax. +55 11 2681-5848
www.oside.com.br

ANS Nº 40701-1