



DADOS DO COOPERADO

NOME COMPLETO	CÓDIGO	
ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO	BAIRRO	
POSSUI MAIS DE UM ENDEREÇO DE ATENDIMENTO? () SIM () NÃO SE SIM, QUAL?		
E-MAIL	TELEFONE	CELULAR

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em seu consultório, há outro(s) médico(s) Cooperado(s)? () SIM () NÃO Caso sua resposta seja sim, informe quem:
Dentro da sua especialidade cadastrada, possui alguma área de atuação específica? () SIM () NÃO Quais?
Possui titulação para outra especialidade ou subespecialidade que tenha interesse? () SIM () NÃO
Realiza atendimento pediátrico? () SIM () NÃO A partir de que idade?

PROCEDIMENTOS E CÓDIGOS

Códigos TUSS / CBHPM	Descrição do Procedimento

*Os procedimentos devem constar também no Rol de procedimentos da ANS.

APARELHOS E EQUIPAMENTOS

Identifique os equipamentos ou aparelhos disponíveis em seu consultório, discriminando-os:

• Aparelho/Equipamento:

Marca:

Modelo:

Nº de Série:

• Aparelho/Equipamento:

Marca:

Modelo:

Nº de Série:

• Aparelho/Equipamento:

Marca:

Modelo:

Nº de Série:

• Aparelho/Equipamento:

Marca:

Modelo:

Nº de Série:

• Aparelho/Equipamento:

Marca:

Modelo:

Nº de Série:

• Aparelho/Equipamento:

Marca:

Modelo:

Nº de Série:

• Aparelho/Equipamento:

Marca:

Modelo:

Nº de Série:

Você tem conhecimento sobre os códigos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente de sua especialidade?

() SIM () NÃO

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura e carimbo do Cooperado