OFTALMOLOGIA
CADASTRO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES / PROCEDIMENTOS

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:

• 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