MEDICAL HEALTH
Assistência Médica

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

2-Nº.

1-Registro ANS	3-Nº Guia Principal	4-Data da Autorização	5-Senha		7-Data de Emissão da Guia
400190					__/__/____

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Validade da Carteira	11-Nome	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

13-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF	14-Nome do Contratado	15-Código CNES

16-Nome do Profissional Solicitante	17-Conselho Profissional	18-Número no Conselho	19-UF	20-Código CBO S

Dados da Solicitação/ Procedimentos e Exames Solicitados

21-Data/Hora da Solicitação	22-Caráter da Solicitação E-Eletiva U-Urgência/ Emergência	23-CID 10	24-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia,terapia,consulta de referencia e alto custo)

25-Tabela	26-Código do Procedimento	27 - Descrição	28-Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz.
0				

Dados do Contratante Executante

30-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF	31-Nome do Contratado	32-T.L.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento	36-Município	37-UF	38-Cód.IBGE	39-CEP	40-Código CNES

40a-Código na Operadora/ CPF do exec. complementar	41-Nome do Profissional Executante/ Complementar	42-Conselho Profissional	43-Número no Conselho	44-UF	45-Código CBOS	45a-Grau de Participação

Dados do Atendimento

46-Tipo de Atendimento	47-Indicação de Acidente	48-Tipo de Saída
__ 01-Remoção 02-Pequena Cirurgia 03- Terapias 04- Consulta 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar 07- SADT Internado 08- Quimioterapia 09- Radioterapia 10- TRS- Terapia Renal Substutiva	__ 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros	__ **1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito**

Consulta Referência

49-Tipo de Doença	50-Tempo de Doença
__ A-Aguda C-Crônica	____ A-Anos M-Meses D-Dias

Procedimentos e Exames realizados

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

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1-__/__/____ ..... 3-__/__/____ ..... 5-__/__/____ ..... 7-__/__/____ ..... 9-__/__/____ .....

2-__/__/____ ..... 4-__/__/____ ..... 6-__/__/____ ..... 8-__/__/____ ..... 10-__/__/____ .....

64-Observação

Número autorização :

65-Total Procedimentos R$	66--Total Taxas e Aluguéis R$	67-Total Materiais R$	68-Total Medicamentos	69-Total Diárias R$	70-Total Gases Medicinais R$	71-Total Geral da Guia R$
_____,__	_____,__	_____,__	_____,__	_____,__	_____,__	_____,__

86-Data e Assinatura do Solicitante	87-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89-Data e Assinatura do Prestador Executante
__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____

OPM Solicitados

	72-Tabela	73-Código do OPM	74-Descrição OPM	75-Qtde	76-Fabricante	77-Valor Unitário R$
1-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
2-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
3-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
4-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
5-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
6-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
7-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
8-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
9-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

OPM Utilizados

	78-Tabela	79-Código do OPM	80-Descrição OPM	81-Qtde	82-Código de Barras	83-Valor Unitário R$	84-Valor Total R$
1-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
2-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
3-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
4-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
5-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
6-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
7-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
8-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
9-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|		|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

85-Total OPM R$
|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|