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

COOPERATIVA DE SAÚDE ASSISTANCE

2 -Número

1 - Registro ANS: 35036-2

3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado)

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia

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 referenciada e alto custo)

	25-Tabela	26- Código do Procedimento	27 - Descrição	28.Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz.
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					

Dados do Contratado 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 - Cód. CNES

41 - Nome do Profissional Executante/Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO S

Dados do Atendimento

46-Tipo Atendimento
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 Substitutiva

47 - Indicação de Acidente
0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho **1** - Trânsito **2** - Outros

48- Tipo de Saída
- **1**-Retorno **2**-Retorno SADT **3**-Referência **4**-Internação **5**-Alta **6**-Óbito

Consulta Referência

49 -Tipo de Doença
A-Aguda **C**-Crônica

50 -Tempo de Doença
- **A**-Anos **M**-Meses **D**-Dias

Procedimentos e Procedimentos em Série

	51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição	57-Qtde.	58-Via	59-Tec.	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

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

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 OPMs 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

|___|___|/|___|___|/|___|___|