



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

2 - Nº

1 - Registro ANS 312924	3 - Nº Guia Principal	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 Saúde CAIX
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 / Procedimento e Exames Solicitados	
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação E - Efetiva U - Urgência/Emergência
23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência 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 2 6 4 7 3 9 3 4 0 0 0 1 3 4	31 - Nome do Contratado ACB - ASS CORP CLIN DO HOSP BRASILIA
32 - T.L.	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento SHIS QI 15 BLOCO O SUBSOLO SALA C
36 - Município BRASILIA	37 - UF DF
38 - Cód. IBGE 5300108	39 - CEP 71635200
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 CBO S
45a - Grau de Participação	

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 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

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 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	
1 -	2 -
3 -	4 -
5 -	6 -
7 -	8 -
9 -	10 -

64 - Observação	
-----------------	--

65 - Total Procedimento 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 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
---------------------------------------	--	---	--

