

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

1 - Registro ANS * 123ANS	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado) guip1234567891011121	4 - Data da Autorização 06/09/2012	5 - Senha senh1234567891011121	6 - Validade da Senha 04/10/2012	7 - Data de Emissão da Guia * 06/09/2012
------------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteirainha * CART1234567891011121	9 - Plano * Nome do Convênio muito extenso muito	10 - Validade da Carteirainha * 05/10/2012	11 - Nome * Nome Paciente Labmaster Muito Extenso	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde CNS456789012345
--	---	---	--	--

**Dados do Contratado Solicitante**

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF * 22222222222	14 - Nome do Contratado * Médico Labmaster	15 - Código CNES cnesmed
--	---	-----------------------------

16 - Nome do Profissional Solicitante Médico Labmaster	17 - Conselho Profissional * CRM	18 - Número no Conselho * 123 CONS	19 - UF * SP	20 - Código CBO-S * 1254444
---	-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------------

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21 - Data Hora da Solicitação 06/09/2012 09:38	22 - Caráter da Solicitação E E - Eletivo U-Urgência/Emergência	23 - CID 10 cid10	24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)
---	--	----------------------	---

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição *	28 - Qt. Solicitada	29 - Qt. Autorizada
55		Exame Ordem 1 Bio	2	2
55		Exame Ordem DESCRIÇÃO (2 bio)	2	2
55		Exame Ordem 3 hema	2	2
55		Exame Ordem 4 bio	2	2
55		Exame Ordem nula (sem ordem configurada) bio	2	2

**Dados do Contratante Executante**

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF USA123	31 - Nome do Contratado * Laboratório Modelo LTDA (Razão Social) 1	32 - T.I. TIP	33,34,35 - Logradouro - Número - Complemento Av. Tiradentes muito extenso muito	36 - Município Maringá muito extenso muito123456	37 - UF PR	38 - Cód. IBGE 411520	39 - CEP 87013260	40 - Código CNES 88888888888
---	---	------------------	--	---	---------------	--------------------------	----------------------	---------------------------------

40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp. 66666666666	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Suporte Hotsoft	42 - Conselho Profissional * 000	43 - Número no Conselho * 12345	44 - UF * PR	45 - Código CBO-S 000	45a - Grau de Participação
---	--	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------	--------------------------	----------------------------

**Dados do Atendimento**

46 - Tipo de Atendimento 5 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internato 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Ranal 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
--	---

51 - Data *	52 - Hora Ini.	53 - Hora Fin.	54 - Tabela	55 - Cód. do Proced.	56 - Descrição *	57 - Qtde *	58 - Via	59 - Tec.	60 - %Red/Acres.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
06/09/2012			55		Exame Ordem 1 Bio	2				26,00	52,00
06/09/2012			55		Exame Ordem DESCRIÇÃO (2 bio)	2				20,00	40,00
06/09/2012			55		Exame Ordem 3 hema	2				14,00	28,00
06/09/2012			55		Exame Ordem 4 bio	2				8,00	16,00
06/09/2012			55		Exame Ordem nula (sem ordem configurada) bio	2				32,00	64,00

**Procedimentos e Exames Realizados**

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série *
--

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 R\$ 200,00
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	--

86 - Data e Assinatura de Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	--	--