

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

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

**Dados do Beneficiário**

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

**Dados do Contratado Solicitante**

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

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

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

21 - Data Hora da Solicitação <b>06/09/2012 09:38</b>	22 - Caráter da Solicitação <b>E</b> E - Eletivo U-Urgência/Emergência	23 - CID 10 <b>cid10</b>	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 <b>USA123</b>	31 - Nome do Contratado * <b>Laboratório Modelo LTDA (Razão Social) 1</b>	32 - T.I. <b>TIP</b>	33,34,35 - Logradouro - Número - Complemento <b>Av. Tiradentes muito extenso muito</b>	36 - Município <b>Maringá muito extenso muito123456</b>	37 - UF <b>PR</b>	38 - Cód. IBGE <b>411520</b>	39 - CEP <b>87013260</b>	40 - Código CNES <b>88888888888</b>
--	--	-------------------------	---	--	----------------------	---------------------------------	-----------------------------	--

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

**Dados do Atendimento**

46 - Tipo de Atendimento <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>5</b> 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 </div>	47 - Indicação de Acidente <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros </div>	48 - Tipo de Saída <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito </div>
--	---	--

**Consulta Referência**

49 - Tipo de Doença <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica </div>	50 - Tempo de Doença <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias </div>
---	--

51 - Data *	52 - Hora Ini.	53 - Hora Fin.	54 - Tabela	55 - Cód. do Proce.	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\$ <b>200,00</b>
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	---

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
---------------------------------------	--	--	--