

**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 |
|---------------------------------------|--|--|--|