

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - Nº *

1 - Registro ANS *	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado)	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia *
--------------------	--	-------------------------	-----------	-----------------------	-------------------------------

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteirainha *	9 - Plano *	10 - Validade da Carteirainha *	11 - Nome * Nome Paciente Labmaster	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde paccncs
------------------------------	-------------	---------------------------------	--	--

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora CNPJ / CPF *	14 - Nome do Contratado *	15 - Código CNES
---------------------------------------	---------------------------	------------------

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data Hora da Solicitação 20/09/2010 17:40	22 - Caráter da Solicitação E - Eletivo 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. Solicitada	29 - Qt. Autorizada
02	28010507	Colesterol Total	1	1
02	28010973	Glicose	1	1
02	28011392	Triglicerídeos	1	1

Dados do Contratante Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CP 22222222222222	31 - Nome do Contratado * Nome Local de Atendimento 2	32 - T.I.	33,34,35 - Logradouro - Número - Complemen Av. Tiradentes 2, 57	36 - Município Maringá 2	37 - UF PR	38 - Cód. IBGE 411520	39 - CEP 87013262	40 - Código CNES NumCnes
--	--	-----------	--	-----------------------------	---------------	--------------------------	----------------------	-----------------------------

40a - Cód. na Operadora / CPF do exec. comp.	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar Responsável Técnico 3	42 - Conselho Profissional * CRM	43 - Número no Conselho * 432	44 - UF * PR	45 - Código CBO-S 423	45a - Grau de Participaçã
--	--	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------	--------------------------	---------------------------

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 Procedimento	56 - Descrição *	57 - Qtde *	58 - Via	59 - Tec.	60 - %Red/Acres.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
20/09/2010	17:40:51	17:40:51	02	28010507	Colesterol Total	1				0,00	0,00
20/09/2010	17:40:51	17:40:51	02	28010973	Glicose	1				0,00	0,00
20/09/2010	17:40:51	17:40:51	02	28011392	Triglicerídeos	1				0,00	0,00

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\$ 0,00
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

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