

CARE PLUS

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

nº

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia					
<b>Dados do Beneficiário</b>										
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome <i>Fernando Braga</i>	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde						
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>										
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					
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>										
21 - Data/Hora da Solicitação <i>15/05/2015</i>	22 - Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> E-Eleiva <input type="checkbox"/> U-Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) <i>lesão de Menisco lateral?</i>							
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição <i>10 Manobra Mangin Jato</i>	28 - Qt.Solic. 29 - Qt.Autoriz.							
1 -										
2 -										
3 -										
4 -										
5 -										
<b>Dados do Contratado Executante</b>										
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T.L.	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF					
38 - Código IBGE	39 - CEP	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					
46a - Grau de Participação										
<b>Dados do Atendimento</b>										
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 <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		48 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito					
<b>Consulta Referência</b>										
49 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	50 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias									
<b>Procedimentos e Exames realizados</b>										
51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec. 60% Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1 -										
2 -										
3 -										
4 -										
5 -										
<b>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</b>										
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -		
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -		
<b>64 - Observação</b>										
<b>65 - Total Procedimentos R\$</b>										
<b>66 - Total Taxas e Aluguéis R\$</b>										
<b>67 - Total Materiais R\$</b>										
<b>68 - Total Medicamentos R\$</b>										
<b>69 - Total Diárias R\$</b>										
<b>70 - Total Gases Medicinais R\$</b>										
<b>71 - Total Geral da Guia R\$</b>										
66 - Data e Assinatura do Solicitante			67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			69 - Data e Assinatura do Prestador Executante	



OPM Solicitados									
72- Tabela	73- Código do OPM	74- Descrição OPM	75- Qtde.	76- Fabricante	77- Valor Unitário R\$				
1-									
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									

OPM Utilizados									
78- Tabela	79- Código do OPM	80- Descrição OPM	81- Qtde.	82- Código de Barras	83- Valor Unitário R\$	84- Valor Total R\$			
1-									
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									

85- Total OPM R\$
-------------------