

AMIL

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

2 - Nº12345678901234567890

1 - Registro ANS 123456		3 - Nº Guia Principal 12345678901234567890		4 - Data da Autorização 24/05/2018		5 - Senha 12345678901234567890		6 - Data Validade da Senha 24/05/2018		7 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 12345678901234567890		9 - Plano AAAAAAAAAAAA		10 - Valida da Carteira 24/05/2018		11 - Nome AAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA				12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12345678912345	
Dados do Contratado Solicitante											
13 - Código na Operadora / CPF / CNPJ 12345678901234		14 - Nome do Contratado AAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA				15 - Código CNES 1234567					
16 - Nome do Profissional Solicitante AAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA						17 - Conselho Profissional AAABBBCC		18 - Número do Conselho 123456789012345		19 - UF UF	
						20 - Código CBO S 12345					
Dados da Solicitaçãp / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Data / Hora da Solicitação 24/05/2018 09:30		22 - Caráter de Solicitação E		23 - CID 10 12345		24 - Indicação clínica Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Morbi eleifend nisl lectus, non malesuada tellus ultricies eget. Aliquam malesuada magna sed enim euismod,					
25 - Tabela 99 - TABELA COM O NOME GRANDE 99 - TABELA COM O NOME GRANDE		26 - Código do Procedimento 1234567890 1234567890		27 - Descrição LOREM IPSUM DOLOR SIT AMET, CONSECTETUR LOREM IPSUM DOLOR SIT AMET, CONSECTETUR		28 - Quantidade Solicitada 99 99		29 - Quantidade Autorizada 99 99			
Dados do Contratado Executante											
30 - Código na Operadora / CPF / CNPJ 12345678901234		31 - Nome do Contratado AAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA		32-T.L. ABC		33-34-35-Logradouro - Número - Complemento Lorem ipsum dolor sit amet orci aliquam. , 12345. Lorem ipsum dolor sit amet..		36 - Município Lorem ipsum dolor sit amet orci aliquam.		37 - UF AB	
								38 - Cód.IBGE 1234567		39 - CEP 12345678	
								40 - Código CNES 1234567			
40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar 12345678901234		41 - Nome do Profissional Executante Complementar AAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA				42 - Conselho Profissional ABCDEFG		43 - Número no Conselho 123456789012345		44 - UF AB	
								45 - Código CBO S 12345		45a - Grau de Participação 12	
Dados do Atendimento											
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 Paciente 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									
Procedimentos e Exames Realizados											
51-Data		52-H.Ini. 53-H.Fim		54-Tabela		55-Código Procedimento		56-Descrição		57-Qtde.	
09:39 10:39		09:39 10:39		99 - TABELA COM O NOME GRANDE		1234567890		LOREM IPSUM DOLOR SIT AMET, CONSECTETUR		99	
				99 - TABELA COM O NOME GRANDE		1234567890		LOREM IPSUM DOLOR SIT AMET, CONSECTETUR		99	
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série											
1 - _____				3 - _____				5 - _____			
2 - _____				4 - _____				6 - _____			
64 - Ovservação											
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Phasellus est lectus, porttitor quis turpis nec, luctus posuere orci. Maecenas interdum orci est, at lacinia orci faucibus faucibus. Suspendisse elit tortor, finibus vel lectus metus.											
65 - Total Procedimentos RS 9999999,99		66 - Total Taxas e Aluguéis RS 9999999,99		67 - Total Materiais RS 9999999,99		68 - Total Medicamentos RS 9999999,99		69 - Total Diárias RS 9999999,99		70 - Total Gases Medicinais RS 9999999,99	
86 - Data e Assinatura do Solicitante ____/____/____				87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____				88 - Data e Assinatura do Beneficiario ou Responsável ____/____/____			
								86 - Data e Assinatura do Prestador Executante ____/____/____			