SAÚDE CAIXA

2- Nº

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

1 - Registro ANS: 31.292-4
3 - Nº Guia Principal
4 - Data da Autorização: |__|__|/|__|__|/|__|__|
5-Senha
6 - Data Validade da Senha: |__|__|/|__|__|/|__|__|
7 - Data de Emissão da Guia: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
9- Plano: Saúde CAIXA
10 - Validade da Carteira: |__|__|/|__|__|/|__|__|
11 - Nome
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

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 S

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação: |__|__|/|__|__|/|__|__| |__|__|:|__|__|
22 - Caráter da Solicitação: |__| **E**-Eletiva **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.Solic.	29-Qt.Autoriz.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF
31 - Nome do Contratado
32-T.L.
33-34-35-Logradouro - Número - Complemento
36 - Município
37 - UF
38 - Cód. IBGE
39 - CEP
40- Código CNES
40a- Código na Operadora / CPF do Executante Complementar
41 - Nome do Profissional Executante/Complementar
42 - Conselho Profissional
43 - Número no Conselho
44 - UF
45 - Código CBO S
45a - Grau de Participação

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 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

Dados do Atendimento

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-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição	57-Qtde.	58-Via	59-Tec.	60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R$	62-Valor Total - R$
1-		a									
2-		a									
3-		a									
4-		a									
5-		a									

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1 - |__|__|/|__|__|/|__|__| 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__| 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__| 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__| 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|

2 - |__|__|/|__|__|/|__|__| 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__| 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__| 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__| 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|

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$

86 - Data e Assinatura do Solicitante: |__|__|/|__|__|/|__|__|
87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização: |__|__|/|__|__|/|__|__|
88-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: |__|__|/|__|__|/|__|__|
89- 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$