SAÚDE BRB CAIXA DE ASSISTÊNCIA

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

2- Nº

1- Registro ANS	3- N° 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	6- Validade da Carteirinha	11- Nome	12- Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratante

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

16- Nome do Profissional Solicitante	17- Conselho Profissional	18- Número do Conselho	19- UF	20- Código CBOS

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21- Data/ Hora da Solicitação	22- Caráter da Solicitação	23- CID 10	24- Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
	E- Eletiva U- Urgência/ Emergência		

	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 Contratado	32- T L	33-34-35- Logradouro- Numero- Complemento	36- municipio	37- UF	38- Cód. IBGE	39- CEP	40- Cód. CNES

40a- Código na Operadora/ CPF do exec. complementar	41- Nome do Profissional Executante/ Complementar	42- Conselho Profissional	43- Número do Conselho	44- UF	45- Código CBOS	45a- Grau de Participação

Dados do Atendimento

46- tipo de Atendimento	47- Indicação de Acidente	48- Tipo de Saída
01- Remoção 02- Pequena Cirurgia 03- Terapias 04- Consultas 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar 07- SADT Internado 08- Quimioterapia 09- Radioterapia 10- TRS- Terapia Renal Substitutiva	0- Acidente ou Doença relacionado ao Trabalho 1- Trânsito 2- Outros	1- Retorno 2- Retorno SADT 3- Referência 4- Internação 5- Alta 6- Óbito

Consulta Referência

49- Tipo de Doença	50- Tempo de Doença
A- Aguda C- Crônica	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 Beneficiario ou Responsável	89- Data e Assinatura do Prestador Executante