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

Avenida Indianópolis, 1597 - Indianópolis
CEP: 04063-003 - São Paulo/SP - Telefone: 55 11 3525-3600
www.lifeempresarialsaude.com.br

1 - Registro ANS 41449-2

3 – Número da Guia Principal

2- Nº Guia no Prestador

4 - Data da Autorização |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

5-Senha

6 - Data de Validade da Senha |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 -Atendimento a RN |__|

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional |__|__|

17 - Número no Conselho

18 – UF |__|__|

19 - Código CBO |__|__|__|__|__|__|

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento |__|__|

22 - Data da Solicitação |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

23 - Indicação Clínica

24-Tabela Aut.	25- Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde.
1 - |__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|	|__|__|__|
2 - |__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|	|__|__|__|
3 - |__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|	|__|__|__|
4 - |__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|	|__|__|__|
5 - |__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|	|__|__|__|

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES |__|__|__|__|__|__|__|

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento |__|__|

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |__|

34 - Tipo de Consulta |__|

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |__|__|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R$)	47-Valor Total (R$)
1-|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|:|__|__|	a |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|	|__|	|__|	|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
2-|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|:|__|__|	a |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|	|__|	|__|	|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
3-|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|:|__|__|	a |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|	|__|	|__|	|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
4-|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|:|__|__|	a |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|	|__|	|__|	|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
5-|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|:|__|__|	a |__|__|:|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|	|__|	|__|	|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seq.Ref	49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|
|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|
|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|
|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

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

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$) |__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$) |__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

61 - Total de Materiais (R$) |__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

62- Total de OPME (R$) |__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

63 - Total de Medicamentos (R$) |__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

64 - Total de Gases Medicinais (R$) |__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

65 -Total Geral (R$) |__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado