


CAPESAÚDE

O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

2 - Nº 000000000400

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

1 - Registro ANS 324477		3 - Número Guia Principal		4 - Data da Autorização / /		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha / /		7 - Data de Emissão da Guia / /																	
Dados do Beneficiário																											
8 - Número da Carteira / /						9 - Plano		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 - Cód. CNES																		
16 - Nome do Profissional Solicitante				17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho		19 - UF		20 - Cód. 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. Sol.		29 - Qt. Aut.															
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 - Nº - Complemento		36 - Município		37 - UF		38 - Cód. IBGE		39 - CEP		40 - Cód. CNES									
40a - Código na Operadora / CPF do exec. compl. / /				41 - Nome do Profissional Executante/Complementar				42 - Cons. Prof.		43 - Número no Conselho		44 - UF		45 - Código CBO S		45a - Grau de participação											
Dados do Atendimento																											
46 - Tipo de Atendimento ☐ 01 - Remoção ☐ 02 - Pequ. Cirurgia ☐ 03 - Terapias ☐ 04 - Consulta ☐ 05 - Exame ☐ 06 - Atend. Dom. ☐ 07 - SADT Internação ☐ 08 - Quimioterapia ☐ 09 - Radioterapia ☐ 10 - TRS-Terapia Renal Subst.						47 - Indicação de Acidente ☐ 0 - Acidente ou doença relacionada 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 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 - Tab. 55 - Código do Procedimento / /		56 - Descrição		57 - Qt.		58 - Via		59 - Tec.		60 - % Red./Acrésc.		61 - Valor Unitário - R\$		62 - Valor Total - R\$							
1 -																											
2 -																											
3 -																											
4 -																											
5 -																											
63 - Data e Assinatura dos 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 Resp.p/Autorização / /				88 - Data e Ass. 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\$

* O associado ao assinar declara ter conhecimento de que só terá cobertura deste evento, se o mesmo estiver enquadrado nas condições gerais do regulamento do CAPESAÚDE e autoriza a CAPESESP a solicitar a médicos e hospitais, a qualquer tempo, todas as informações que julgar necessárias relacionadas à internação, evolução, exames e tratamento, objeto desta solicitação.