

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

2 - 1ª Guia no Prestador

Adventista

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 do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou item assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CHES

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou item assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CHES

Dados do Contratante Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CHES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora inicial

38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário R\$

47 - Valor Total R\$

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código da Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$

60 - Total Taxas e Aluguéis R\$

61 - Total Materiais R\$

62 - Total OPM/CE R\$

63 - Total Medicamentos R\$

64 - Total Casos Medicinais R\$

65 - Total Geral R\$

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado