APAS

Apas Barretos

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

Nº GUIA_____

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
40756-9		|___|___| / |___|___| / |___|___|		|___|___| / |___|___| / |___|___|	|___|___| / |___|___| / |___|___|

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 - 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	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 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 exec. 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

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 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$