



CAPESAÚDE

O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

2 - Nº 000000000400

CAPESESP 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.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 referenciada e alto custo)	
	<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência			

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			47 - Indicação de Acidente		48 - Tipo de Saída	
46 - Tipo de Atendimento	01 - Remoção 02 - Peq. Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atend. Dom. 07 - SADT Internação 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS-Terapia Renal Subst.		<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		<input type="checkbox"/> 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito	

Consulta Referência	
49 - Tipo Doença	50 - Tempo de Doença
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> 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./Acréc.	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.