



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

Tipo 12

2 - Número da Guia

USO GEAP

1 - Registro ANS 323080	3 - Número da Guia Principal (se paciente internado)	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Validade da Senha	7 - Data da Emissão da Guia
-----------------------------------	---	-------------------------	-----------	-----------------------	-----------------------------

8 - Número da Carteira		9 - Plano	10 -Data de Validade Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS
------------------------	--	-----------	-------------------------------	-----------	---

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 E - Eletivo <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência <input type="checkbox"/>	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada, alto custo)	

It.	25 - Tab	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição do Procedimento	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 - Tipo Lograd.	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37-UF	38 - Código IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
40 a - Código na Operadora/ CPF do Executante Complementar		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho		44 - UF	45 - Código CBO S	45a - Grau Partic.

DADOS DO ATENDIMENTO						CONSULTA REFERÊNCIA					
46 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02- Pequena Cirurgia 03 - Terapia 04 - Consulta 05 - Exame <input type="checkbox"/> 06 - Atend. Domiciliar 07- SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10-TRS Terapia Renal Substitutiva						47 - Indicador de Acidente 0 - Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros Acidentes		48 - Tipo de Saída 1- Retorno 2- Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3- Referência 4- Internação <input type="checkbox"/> 5- Alta 6- Óbito		49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica <input type="checkbox"/> 50 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	

It.	51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54-Tab	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57- Qtde.	58 - Via Acesso	59 -Tec. Utilizada	60 - % de Redução/ Acréscimo	61 - Valor Unitário R\$	62 - Valor Total R\$
1												
2												
3												
4												
5												

63 - Data e Assinatura do Procedimento em Série											
Nº	Data	Assinatura do Beneficiário	Nº	Data	Assinatura do Beneficiário	Nº	Data	Assinatura do Beneficiário	Nº	Data	Assinatura do Beneficiário
1			3			5			7		
2			4			6			8		

64 - Observações											
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
---------------------------------------	--	---	--