



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS
DA SANEAGO - CAESAN
FONE: (62) 3212-6444 - FAX: (62) 3212-6433

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

2 - Nº

1 - Registro ANS ANS - nº 363855	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	7 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
--	-----------------------	---	-----------	--	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira _____	9 - Plano CAESAN	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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação ____/____/____	22 - Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> 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. 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.I.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento _____	36 - Município _____	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP _____	40 - Código CNES _____
40-a - 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 - SDAT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	48 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1 - Retorno <input type="checkbox"/> 2 - Retorno SADT <input type="checkbox"/> 3 - Referência <input type="checkbox"/> 4 - Internação <input type="checkbox"/> 5 - Alta <input type="checkbox"/> 6 - Óbito
--	---	---

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	50 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> 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 Procedimento em Série

1- ____/____/____	3- ____/____/____	5- ____/____/____	7- ____/____/____	9- ____/____/____
2- ____/____/____	4- ____/____/____	6- ____/____/____	8- ____/____/____	10- ____/____/____

64 - Observação

65 - Total Procedimento 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-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

85 - Total OPM R\$