PLAMEDH

GUIA DE SADT

2 - Nº Guia no Prestador Nº 1059

1 - Registro ANS 4 1 3 5 5 1

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização / /

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha / /

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira / /

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12- Atendime

DADOS DO SOLICITANTE

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS SOLICITADOS

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação / /

23 - Indicação Clínica

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 -
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

DADOS DO ATENDIMENTO

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

DADOS DA EXECUÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./ Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1-	/ /	:	a :							,	,	
2-	/ /	:	a :							,	,	
3-	/ /	:	a :							,	,	
4-	/ /	:	a :							,	,	

IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(IS) EXECUTANTE(S)

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora / CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável								
1- / /		3- / /		5- / /		7- / /		9- / /	
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /		10- / /	

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
,	,	,	,	,	,	,

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado