



Matriz: São Pedro da Aldeia/RJ
 Av. São Pedro, 455, Estação
 Central de Atendimento: (22) 2621-1165
 Filial I : Cabo Frio/RJ
 R. Barão do Rio Branco, 25 - Centro
 Tel. (22) 2647-6190

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

2- Nº

SUA VIDA MERECE MAIS SAÚDE

ANS 40928-6

Site: www.lifelago.com.br E-mail: contato@lifelago.com.br

1 - Registro ANS 40928-6	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
------------------------------------	-----------------------	-------------------------	---------	----------------------------	-----------------------------

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

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)		

25-Tabela	26- Código do Procedimento	27 - Descrição	28.Qt.Solic.	29-Qt.Autoriz.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32-T.L.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cod. 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			47 - Indicação de Acidente			48- Tipo de Saída		
46-Tipo Atendimento <input type="checkbox"/> 01 - Remoção <input type="checkbox"/> 02 - Pequena Cirurgia <input type="checkbox"/> 03 - Terapias <input type="checkbox"/> 04 - Consulta <input type="checkbox"/> 05 - Exame <input type="checkbox"/> 06-Atendimento Domiciliar <input type="checkbox"/> 07 - SADT Internado <input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia <input type="checkbox"/> 09-Radioterapia <input type="checkbox"/> 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva			<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros			<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	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-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 :	: a :									
2- / /	: a :	: a :									
3- / /	: a :	: a :									
4- / /	: a :	: a :									
5- / /	: a :	: 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
---------------------------------------	--	---	---